

Assurance Complémentaire Santé

Document d'information sur le produit d'assurance

Compagnie d'assurance : Insurem Insurance Limited, N° d'enregistrement C91883 dont le siège social est situé 71 Tower Road – SLIEMA – MALTE, SLM 1609 dont l'autorité de contrôle est Malta Financial Services Authority conformément au droit des assurances issu du « the Insurance Business Act (Cap.403) ». Distributeur : ADLP Assurances, courtier immatriculé à l'ORIAS sous le n° 14 001 699 Délégué de gestion : CERGAP, société de gestion immatriculée à l'Orias sous le n° 19 007 540.



Produit : AvoCotés Santé

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

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

Le produit d'Assurance Complémentaire Santé est destiné à rembourser tout ou partie des frais de santé restant à la charge de l'assuré et des éventuels bénéficiaires en cas d'accident, de maladie, en complément de la Sécurité sociale française. Le produit respecte les conditions légales des contrats responsables.



Qu'est-ce qui est assuré ?

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

LES GARANTIES SYSTEMATIQUEMENT PREVUES

- ✓ Hospitalisation médicale ou chirurgicale : frais de séjour et honoraires conventionné et non conventionné, forfait hospitalier, hospitalisation à domicile, transport, chambre particulière, frais de location TV.
- ✓ Frais dentaires : soins dentaires, prothèses dentaires (couronnes, bridges, appareils amovibles), orthodontie
- ✓ Frais optiques : lunettes (montures et verres), lentilles, matériel amblyopie
- ✓ Honoraires et soins médicaux courants (Dptam*/ hors Dptam) : consultations et visites des généralistes ou spécialistes, consultations de psychiatrie et de neuropsychiatrie, actes techniques médicaux, actes de spécialistes (dont ostéodensitométrie), radiologie, échographie, imagerie médicale, auxiliaires médicaux, analyses médicales.
- ✓ Appareillage et prothèses non dentaire : prothèse orthopédiques et auditives, petit et gros appareillage, accessoires, pansements, prothèses mammaires et capillaires
- ✓ Autres : cures thermales, actes de prévention, soins à l'étranger
- ✓ Pharmacie : médicaments remboursés par le Régime Obligatoire.

GARANTIES OPTIONNELLES

Chambre particulière, Implantologie/prophylaxie/endodontie/parodontologie, Lentilles non remboursées par le Régime Obligatoire, Chirurgie optique réfractive, Médecine complémentaire, Lit accompagnant, Bonus dentaire : prothèse dentaire ou orthodontie non remboursées par le Régime obligatoire.

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

***DPTAM : Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée.**



Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ Les soins reçus en dehors de la période de validité du contrat.
- ✗ Les indemnités versées en complément de la Sécurité sociale en cas d'arrêt de travail.
- ✗ Les dépenses de soins relatives aux séjours effectués :
 - ✗ dans les unités ou centres de long séjour,
 - ✗ dans les établissements ou les services qui accueillent des personnes âgées ou qui leur apportent à domicile une assistance dans les actes quotidiens de la vie, des prestations de soins ou une aide à l'insertion sociale.
- ✗ La chirurgie esthétique non prise en charge par la Sécurité Sociale.
- ✗ Le forfait journalier facturé par les établissements d'hébergement médicaux-sociaux, comme les maisons d'accueil spécialisées (MAS) ou les établissements d'hébergement pour les personnes dépendantes (EHPAD)



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

PRINCIPALES EXCLUSIONS DU CONTRAT RESPONSABLE

- ! La participation forfaitaire de 1 € et les franchises sur boîtes de médicaments, actes paramédicaux et transport.
- ! La majoration du ticket modérateur et les dépassements d'honoraires si les dépenses de santé sont réalisées en dehors du parcours de soins.
- ! Les dépassements d'honoraires au-delà de la limite fixée réglementairement pour les médecins n'adhérant pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée

PRINCIPALES RESTRICTIONS

- ! Chambre particulière : le remboursement varie entre 30 € et 100 €.
- ! Frais dentaires :
 - ! • Prise en charge plafonnée entre 500 € et 700 € pour la première et deuxième année, selon les formules.
 - ! • Prise en charge plafonnée entre 1 000 € et 1 400 € pour la troisième année selon les formules.
- ! Frais de location TV : le remboursement est limité à 153 € et 15 jours par an.
- ! Médecine complémentaire : le remboursement varie entre 60€ et 120€ par an, limité à 30€ par séance.
- ! Frais optiques : prise en charge limitée à un équipement tous les 2 ans, réduite à 1 an pour un mineur ou en cas d'évolution de la vue.



Où suis-je couvert(e) ?

En France et à l'étranger, à partir du moment où le régime français intervient.

Dans les cas où les soins ont été dispensés à l'étranger, le remboursement se fait sur la base de remboursement du régime d'assurance maladie obligatoire français, quelle que soit la dépense engagée.



Quelles sont mes obligations ?

Sous peine de suspension, de déchéance ou de nullité du contrat d'assurance ou des garanties. A la souscription du Contrat :

- Remplir avec exactitude le formulaire d'adhésion fourni par l'intermédiaire d'assurance,
- Fournir tous documents justificatifs demandés par le délégataire de gestion,
- Régler la cotisation (ou fraction de cotisation) indiquée au Contrat.

En cours de contrat :

- Fournir tous les documents justificatifs nécessaires au paiement des prestations prévues au Contrat,
- Faire parvenir les demandes de remboursements au délégataire de gestion dans un délai maximum de 2 ans suivant la date de remboursement des soins de votre Régime Obligatoire,
- Informer le délégataire de gestion des événements suivants, par lettre recommandée, dans les quinze jours qui suivent la connaissance qu'il a de l'un de ces événements :
 - Changement de situation : changement d'adresse, changement d'état civil, modification de sa composition familiale (naissance, mariage, décès), changement de situation au regard des régimes obligatoires français d'assurance maladie, changement de compte bancaire,
 - Changement de profession : dans ce cas, l'assuré doit fournir au délégataire de gestion les justificatifs nécessaires à la modification de son contrat. Ce changement peut dans certains cas entraîner la modification du contrat et de la cotisation.



Quand et comment effectuer les paiements ?

Les cotisations sont payables d'avance annuellement, à la date indiquée dans le Contrat.

Un paiement fractionné peut toutefois être accordé au choix (Semestriel, Trimestriel, Mensuel). Le mensuel est accepté uniquement par prélèvement.

Les paiements peuvent être effectués par chèque ou prélèvement automatique.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

La date d'effet du Contrat est indiquée sur le Certificat d'adhésion. En cas de contrat conclu à distance, l'adhérent dispose d'un délai de renonciation de 14 jours, qui commence à courir à compter de la conclusion du contrat, ou à compter de la réception de l'ensemble de la documentation contractuelle (si cette date est postérieure à la date de conclusion du contrat).

La date d'effet peut être antérieure à la fin du délai de renonciation sur demande de l'adhérent, sans pour autant qu'il renonce à ce droit.

Le contrat est conclu pour une durée d'un an à compter de sa date d'effet. Il est ensuite tacitement reconduit jusqu'au 31 décembre suivant. A cette date, il à nouveau est reconduit tacitement pour des durées d'un (1) an chacune, sauf résiliation telle que visée dans les Conditions Générales.



Comment puis-je résilier le contrat ?

Vous pouvez mettre fin au contrat :

- A la date anniversaire de l'adhésion, c'est-à-dire à l'issue de la première année (12 mois complets d'assurance), puis ensuite à chaque échéance principale fixée au 1er janvier, par lettre recommandée avec accusé de réception moyennant un préavis de deux mois. A' compter du 1er décembre 2020, à tout moment après l'expiration d'un délai d'un an à compter de la première adhésion.
- En cas de changement ou de cessation définitive d'activité professionnelle entraînant une modification dans la nature et la portée des garanties. La résiliation doit intervenir, par lettre recommandée avec accusé de réception, dans les 3 mois suivant la connaissance de l'événement et prend effet un mois après sa notification (article L. 113-16 du Code des assurances).
- En cas de révision des cotisations selon les dispositions de l'article 2.10.3 La révision du tarif, par lettre recommandée avec accusé de réception envoyée dans le mois qui suit la date du courrier d'information envoyé par l'Assureur. L'ajustement, à l'échéance principale, de la cotisation en fonction de l'âge ne constitue pas un motif de résiliation pour l'Adhérent.

Assurance Assistance Santé

Document d'information sur le produit d'assurance

Compagnie : FILASSISTANCE INTERNATIONAL – Société anonyme régie par le Code des assurances
immatriculée en France - N° SIREN : 433012689

Produit : Assistance AvoCotés Santé FIC20SAN0038



Ce document d'information présente un résumé des principales garanties et exclusions du contrat. Il ne prend pas en compte vos besoins et demandes spécifiques. Vous trouverez l'information complète sur ce produit dans la documentation précontractuelle et contractuelle.

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

Les garanties du produit d'assistance santé ont pour vocation d'aider les bénéficiaires en cas d'accident ou de maladie ayant entraîné une immobilisation ou une hospitalisation.



Qu'est-ce qui est assuré ?

Les montants des prestations sont soumis à des plafonds maximum qui varient en fonction de l'évènement qui donne droit à la garantie. Ils sont détaillés dans la notice d'information.

GARANTIES SYSTEMATIQUEMENT INCLUSES Assistance santé

- ✓ **Dès l'adhésion** : information santé d'ordre général, information voyage, information sur la dépendance et le handicap, informations juridique, pratique, sociale
- ✓ **En cas d'immobilisation supérieure à 5 jours consécutifs** : acheminement des médicaments
- ✓ **En cas d'hospitalisation supérieure à 48 heures ou d'immobilisation supérieure à 5 jours consécutifs** : recherche d'un médecin (en France métropolitaine uniquement), organisation de soins à domicile, aide à domicile
- ✓ **En cas d'hospitalisation supérieure à 48 heures** : garde des enfants âgés de moins de 16 ans, garde des animaux de compagnie
- ✓ **En cas d'hospitalisation supérieure à 5 jours de l'adhérent âgé de plus de 65 ans** : téléassistance
- ✓ **En cas de décès du bénéficiaire** : avance des frais d'inhumation, garde des enfants âgés de moins de 16 ans, aide à domicile



Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ Sinistres pour lesquels le fait générateur est né en dehors de la période de couverture ou était connu par le bénéficiaire avant l'adhésion



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

PRINCIPALES EXCLUSIONS

Exclusions applicables à toutes les garanties

- ! Frais engagés sans l'accord préalable de **FILASSISTANCE**
- ! Frais liés aux transports primaires d'urgence
- ! Fait intentionnel du bénéficiaire
- ! Conséquences de la participation en tant que concurrent à toute épreuve sportive de compétition
- ! Explosions d'engins et effets nucléaires radioactifs
- ! Guerre civile ou étrangère
- ! Evènements climatiques
- ! Etats résultant de l'usage abusif d'alcool



Où suis-je couvert(e) ?

Les garanties assistance santé sont acquises en France métropolitaine, y compris la Principauté de Monaco et la Principauté d'Andorre, et les Départements-Régions d'Outre-mer français: Guadeloupe, Guyane française, Martinique et la Réunion.



Quelles sont mes obligations ?

Sous peine de nullité du contrat d'assurance ou de non garantie l'assuré doit :

- payer la prime lors de l'adhésion et pendant toute la durée du contrat,
- déclarer le sinistre à **FILASSISTANCE INTERNATIONAL** dans un délai de 5 jours à compter de sa survenance,
- obtenir l'accord préalable de **FILASSISTANCE INTERNATIONAL** avant d'entamer toute démarche.



Quand et comment effectuer les paiements ?

Les cotisations sont payables conjointement à celles dues au titre du contrat collectif d'assurance **AvoCotés Santé « INS-072020 » d'INSUREM INSURANCE LIMITED :**

- Elles sont payables d'avance annuellement, à la date indiquée dans le Contrat.
- Un paiement fractionné peut toutefois être accordé au choix (Semestriel, Trimestriel, Mensuel). Le mensuel est accepté uniquement par prélèvement.
- Les paiements peuvent être effectués par chèque ou prélèvement automatique



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

La couverture commence à partir de la date d'adhésion au contrat collectif d'assurance **AvoCotés Santé « INS-072020 » d'INSUREM INSURANCE LIMITED.**

Le contrat est conclu pour une durée d'un an et se renouvelle automatiquement d'année en année à sa date d'échéance principale (31 décembre) sauf résiliation par l'une des parties dans les cas et conditions fixées au contrat.

La couverture prend fin :

- en cas de cessation de l'adhésion au contrat collectif d'assurance **AvoCotés Santé « INS-072020 » d'INSUREM INSURANCE LIMITED,**
- en cas de résiliation du contrat collectif d'assistance n° **FIC20SAN0038.**



Comment puis-je résilier le contrat ?

Comment puis-je résilier le contrat ?

Le contrat est résiliable conjointement à l'adhésion au contrat collectif d'assurance **AvoCotés Santé « INS-072020 » d'INSUREM INSURANCE LIMITED :**

- A la date anniversaire de l'adhésion, c'est-à-dire à l'issue de la première année (12 mois complets d'assurance), puis ensuite à chaque échéance principale fixée au 1er janvier, par lettre recommandée avec accusé de réception moyennant un préavis de deux mois. A compter du 1er décembre 2020, à tout moment après l'expiration d'un délai d'un an à compter de la première adhésion.
- En cas de changement ou de cessation définitive d'activité professionnelle entraînant une modification dans la nature et la portée des garanties. La résiliation doit intervenir, par lettre recommandée avec accusé de réception, dans les 3 mois suivant la connaissance de l'événement et prend effet un mois après sa notification (article L. 113-16 du Code des assurances).
- En cas de révision des cotisations selon les dispositions de l'article 2.10.3 La révision du tarif, par lettre recommandée avec accusé de réception envoyée dans le mois qui suit la date du courrier d'information envoyé par l'Assureur.

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

NOTICE D'INFORMATION

VALANT CONDITIONS GENERALES

AVOCOTES SANTE

Contrat INS - 072020

Le Contrat collectif à adhésion facultative **AvoCotés Santé** n°INS-072020 est un produit d'assurance :

- souscrit par : **ADLP ASSURANCES** – SAS au capital de 3 117 594 € - 3 rue Henri Rol Tanguy 93100 Montreuil - RCS BOBIGNY 799 342 118 - Courtier en assurance immatriculé à l'ORIAS sous le n°1400169 (www.orias.fr) qui en assure la distribution ;
- auprès de la société d'assurance : **INSUREM INSURANCE LIMITED** - 71 Tower Road, SLIEMA, MALTE – Registre des sociétés maltaises sous le n° C91883, agissant en Libre Prestation de Services, dont l'autorité de contrôle est Malta Financial Services Authority conformément au droit des assurances issu du « the Insurance Business Act (Cap.403) ».
- et dont la gestion des adhésions, des cotisations et des sinistres est confiée par l'Assureur à : **CERGAP** - SAS au capital de 240 000 euros - 7 rue Jean Perrin 28 600 LUISANT – RCS Chartres 478 989 833 - Courtier en assurance immatriculé à l'ORIAS sous le n°19 007 540 (www.orias.fr).

Le contrat d'assurance complémentaire **AvoCotés Santé** a pour objet de vous garantir le remboursement de frais médicaux, chirurgicaux et / ou d'hospitalisation, constatés médicalement et ayant fait l'objet d'un remboursement préalable au titre de votre Régime obligatoire, occasionnés par l'un des événements suivants :

- maladie
- accident

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 au certificat d'adhésion. Ils ne peuvent en aucun cas être supérieurs aux dépenses réelles.

Le contrat n° INS-072020 n'entre pas dans le cadre fiscal des dispositions de la loi n° 94 – 126 du 11 février 1994 (dite loi Madelin).

Les dispositions de la notice d'information qui suivent s'appliquent au contrat INS-072020.

Dans le cadre de votre adhésion au contrat **AvoCotés Santé**, vous bénéficiez de garanties d'assistance souscrites par ADLP Assurances.

En cas de résiliation du Contrat collectif entre ADLP Assurances et l'Assureur :

- Aucune adhésion nouvelle ne pourra être enregistrée
- Chaque Assuré garanti par ce Contrat au moment de la résiliation, pourra le demeurer jusqu'à la fin de son adhésion.

ADLP Assurances et l'Assureur peuvent d'un commun accord réviser les garanties et le tarif d'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.

Le paiement de la nouvelle cotisation vaut acceptation des nouvelles conditions ; le non-paiement entraîne la résiliation de l'adhésion conformément à l'article 2.12.5

Votre adhésion au Contrat AvoCotés Santé est :

- régie par le droit français et, plus particulièrement, par le Code des assurances français ;
- soumis à 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 Document d'informations sur le Contrat qui vous résume les principales clauses de la Notice d'information.
 - La Fiche Informations et Conseil qui vous informe sur les assureurs et les intermédiaires et qui résume vos besoins et notre proposition.
 - 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.

I. LES DEFINITIONS

Accident

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

Acte de terrorisme

L'Assureur se fonde sur l'article 421-1 du Code pénal. Toute évolution sera applicable au présent contrat. Constituent des actes de terrorisme, lorsqu'elles sont intentionnellement en relation avec une entreprise individuelle ou collective ayant pour but de troubler gravement l'ordre public par l'intimidation ou la terreur, les infractions suivantes :

- 1° Les atteintes volontaires à la vie, les atteintes volontaires à l'intégrité de la personne, l'enlèvement et la séquestration ainsi que le détournement d'aéronef, de navire ou de tout autre moyen de transport, définis par le livre II du présent code ;
- 2° Les vols, les extorsions, les destructions, dégradations et détériorations, ainsi que les infractions en matière informatique définis par le livre III du présent code ;
- 3° Les infractions en matière de groupes de combat et de mouvements dissous définies par les articles 431-13 à 431-17 et les infractions définies par les articles 434-6 et 441-2 à 441-5 ;
- 4° Les infractions en matière d'armes, de produits explosifs ou de matières nucléaires définies par le I de l'article L. 1333-9, les articles L. 1333-11 et L. 1333-13-2, le II des articles L.1333-13-3 et L. 1333-13-4, les articles L. 1333- 13-6, L. 2339-2, L. 2339-5, L. 2339-8 et L. 2339-9 à l'exception des armes de la 6e catégorie, L. 2339-14, L. 2339-16, L. 2341-1, L. 2341-4, L. 2341-5, L. 2342-57 à L. 2342-62, L. 2353-4, le 1° de l'article L. 2353-5 et l'article L.2353-13 du Code de la défense ;
- 5° Le recel du produit de l'une des infractions prévues aux 1° à 4° ci-dessus ;
- 6° Les infractions de blanchiment prévues au chapitre IV du titre II du livre III du présent code ;
- 7° Les délits d'initié prévus à l'article L. 465-1 du Code monétaire et financier.

Adhérent ou Vous

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

Adhésion à distance

L'adhésion à distance au Contrat AvoCotés Santé est réalisée au moyen d'une méthode de vente à distance (mailing, téléphone, Internet).

Age

L'âge de l'Assuré est calculé par différence de millésimes, entre l'année de l'adhésion en cours considérée et l'année de naissance. Exemple : Un Assuré souscrivant son adhésion à compter du 1er février 2021, né le 2 août 1955, sera considéré avec un âge de 66 ans (2021 – 1955 = 66), et lors du renouvellement de son adhésion, avec un âge de 67 ans.

An (par) Désigne l'année civile

Assuré ou Bénéficiaire

Désigne toute personne inscrite au Certificat d'Adhésion, bénéficiaire d'un Régime de Sécurité Sociale. Peuvent être assurés au titre du contrat : l'Adhérent, son Conjoint, les Enfants de l'Adhérent et de son Conjoint, leurs Petits-enfants et ascendants au 1er et 2ème degré, ainsi que toute personne fiscalement à la charge de l'Adhérent ou de son conjoint.

Assureur ou Nous

INSUREM INSURANCE LIMITED - Siège social : 71 Tower Road, SLIEMA, MALTE – Registre des sociétés maltaises sous le n° C91883.

Attentat

L'assureur se fonde sur l'article 412-1 du Code pénal.

Toute évolution sera applicable au présent contrat. Constitue un attentat le fait de commettre un ou plusieurs actes de violence de nature à mettre en péril les Institutions de la République ou à porter atteinte à l'intégrité du territoire national.

Avenant

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

Base de remboursement (BR)

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

On parle de Tarif de convention (TC), Tarif d'autorité (TA) et de Tarif de responsabilité (TR) – voir définitions ci-dessous.

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 qui matérialise l'acceptation de la demandead'adhésion auprès d'ADLP Assurances et qui préciselesgarantiesacceptées par l'Assureur. 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* :

- 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, 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. Le point de départ de cette période est la date d'effet indiquée au certificat d'adhésion

Déléataire

CERGAP 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 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.

Domicile

Lieu de résidence principale ou adresse de l'Adhérent ou de l'Assuré précisé au Certificat d'adhésion.

Dossier d'adhésion

Documents contractuels matérialisant l'adhésion, remis par CERGAP à l'Adhérent :

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

Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée (DPTAM) Sur la base du volontariat, les médecins signataires s'engagent à limiter le taux de dépassement d'honoraires et à réduire le reste à charge des assurés. Si ces engagements sont respectés, les professionnels de santé peuvent prétendre à une « rémunération spécifique ».

Ces dispositifs sont constitués de l'Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée ou OPTAM, destinée à l'ensemble des médecins, et de l'OPTAM-CO, destinée aux médecins qui exercent en chirurgie et enobstétrique.

Échéance

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

Echéance principale

Date de renouvellement de l'adhésion et date à partir de laquelle la cotisation est due pour l'année d'assurance à venir.

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.

Forfait annuel

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

Franchise médicale

En vigueur depuis le 1er janvier 2008, c'est une somme d'argent qui est déduite par la Sécurité sociale de chacun des remboursements de l'assuré social (à l'exception notamment des jeunes de moins de 18 ans, des bénéficiaires de la CMU complémentaire et de l'aide médicale de l'État, des femmes enceintes à partir du 6^{ème} mois de grossesse). Elle s'élevé 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

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

Long séjour

Unité pour les personnes n'ayant pas leur autonomie de vie et dont l'état nécessite une surveillance médicale constante et des traitements.

Maladie

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

Nomenclatures des actes de la Sécurité sociale

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

Nullité

C'est l'annulation pure et simple du contrat ou de l'adhésion qui est censé(e) alors n'avoir jamais existé.

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 neuropsychiatres.

Plafond annuel de remboursement

Seuil limite annuel de la prise en charge par l'Assureur d'une dépense pour un type d'acte. Le plafond s'entend par année d'assurance, et ne peut être ni reporté ni cumulé d'une année sur l'autre.

Participation forfaitaire

En vigueur depuis le 1er 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^{ème} 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.

Petits enfants

Sont considérés comme tels les descendants au 2^{ème} degré de l'adhérent ou de son conjoint, à condition toutefois :

- Qu'ils soient à la charge de leurs parents 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.

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 au Contrat.

Service Hospitalier Spécialisé

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

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.

II. LE FONCTIONNEMENT DE VOTRE ADHESION

2.1 Les conditions d'adhésion

Pour adhérer au Contrat, vous devez :

- résider en France, ou dans un département d'Outre-Mer,
- être majeur civilement responsable,
- être affilié auprès d'un Régime obligatoire en tant qu'assuré social ou ayant droit 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,
- 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 **AvoCotés Santé** soit prononcée.

Votre Conjoint et/ou Enfants à charge peuvent également être assurés au titre de votre adhésion, sous réserve qu'ils répondent à la définition du lexique. Ils sont alors inscrits au Certificat d'adhésion et désignés dans la présente Notice d'information par le terme « Conjoint » / « Enfants ».

2.2 La demande d'adhésion

Quel que soit le mode d'adhésion au Contrat, vous devez **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.

Un complément d'informations peut être demandé lors de l'étude du dossier d'adhésion et en cours de votre adhésion au Contrat **AvoCotés Santé**.

L'ensemble des réponses aux questions de la demande d'adhésion est obligatoire. Le défaut de réponse aura pour conséquence le non-examen du dossier.

Vous vous engagez à déclarer à l'Assureur toute modification relative à votre situation entre la date de signature de la demande d'adhésion et la date à laquelle vous recevez votre certificat d'adhésion.

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

2.3 Les modalités d'adhésion

L'adhésion au Contrat **AvoCotés Santé** s'effectue selon l'une des modalités proposées et mises à disposition par ADLP Assurances :

2.3.1. Adhésion par voie postale sur support papier

Vous adhérez au Contrat **AvoCotés Santé** par voie postale à la suite d'une présentation du Contrat par téléphone. La demande d'adhésion ainsi complétée et signée par l'Adhérent doit être adressée à CERGAP, accompagnée des pièces demandées et nécessaires à l'adhésion. Par la signature, vous manifestez votre accord sur les conditions de votre adhésion au Contrat **AvoCotés Santé** dont vous avez au préalable pris connaissance.

Après acceptation de l'Assureur, vous recevrez par voie postale ou par voie électronique votre Dossier d'adhésion.

2.3.2. Adhésion par voie téléphonique (par enregistrement)

L'adhésion est réalisée sur la base des renseignements que vous fournissez, lors de l'entretien téléphonique, qui vise à recueillir les éléments permettant votre identification et l'évaluation de vos besoins. Après accord de votre part sur les conditions et caractéristiques de votre adhésion au Contrat **AvoCotés Santé**, l'adhésion au Contrat **AvoCotés Santé** s'effectuera par enregistrement des conversations, préalablement autorisé par l'Adhérent, et conservé par ADLP Assurances. Ils constituent la preuve de l'identité de l'Adhérent, de son consentement à l'adhésion au contrat **AvoCotés Santé**, de la teneur du Contrat, des moyens de paiement de la cotisation et des opérations effectuées en cours d'adhésion.

A la suite de cette adhésion, vous recevrez par voie postale ou électronique votre Dossier d'adhésion. Vous avez également la possibilité d'imprimer l'intégralité des documents, via votre espace personnel accessible sur www.cergap.fr.

2.3.3. Adhésion par voie électronique

Vous adhérez au Contrat **AvoCotés Santé** par voie électronique soit via Internet, soit à la suite d'une présentation du Contrat par téléphone. En nous communiquant votre adresse électronique, vous acceptez que les informations relatives à l'exécution de votre adhésion vous soient transmises à cette adresse. En cas de changement d'adresse électronique, vous devez en informer CERGAP dans les plus brefs délais.

Tout au long de la procédure d'adhésion, vous êtes informé de manière claire et compréhensive des différentes étapes à suivre pour la conclusion de l'adhésion, ainsi que des caractéristiques essentielles et des cotisations du Contrat.

L'adhésion est réalisée sur la base des renseignements que vous complétez en réponse à la demande d'adhésion qui vise à recueillir les éléments permettant votre identification et l'évaluation vos besoins.

En signant électroniquement la demande d'adhésion, vous manifestez votre accord sur les conditions de votre adhésion au Contrat **AvoCotés Santé** dont vous avez au préalable pris connaissance de la Notice d'information, la Fiche Informations et Conseil et le Document d'information sur le Produit, et vous vous engagez également sur l'exactitude de l'ensemble de vos déclarations.

Le processus de signature électronique, assuré par un prestataire habilité,

est entièrement sécurisé et garantit l'authenticité et l'intégrité des informations que vous avez communiquées. La signature électronique est un élément indispensable à la validité de votre adhésion par voie électronique.

Dès votre adhésion finalisée, le Certificat d'adhésion qui matérialise l'acceptation de l'Assureur et comporte le numéro de votre adhésion est émis. Vous recevez un courriel de confirmation à l'adresse électronique que vous nous avez communiquée, attestant de l'enregistrement de votre adhésion par voie électronique. Ce courriel contient un lien vous permettant d'accéder à nouveau à l'ensemble de votre Dossier d'adhésion.

Chaque document contractuel mis à votre disposition, via le mail de confirmation qui vous est adressé, peut faire l'objet d'une impression sur support papier et d'un enregistrement au format PDF sur le disque dur de votre ordinateur. Ces documents sont également archivés sur un support fiable et durable, et sont accessibles à tout moment dans votre espace personnel accessible sur le site www.cergap.fr pendant un délai conforme aux exigences légales.

L'Adhérent, l'Assureur et ADLP Assurances 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.

2.4 Vos déclarations

2.4.1 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.

2.4.2 En cours d'adhésion

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

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

Si les éléments modifiés constituent :

- Une aggravation de risque (hors problème de santé), nous pourrions, 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 pourrions 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 ou envoi recommandé électronique adressé à CERGAP - 7 rue Jean Perrin BP 20007 – LUISANT 28300 GELLAINVILLE, dans un délai de 15 jours à partir du moment où vous en avez eu connaissance, sous peine des sanctions prévues par le Code des assurances.

2.4.3 La 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 CERGAP 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 ADLP 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.

2.4.4 Les 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.

2.5 Le choix de la formule de garanties

Le Contrat **AvoCotés Santé** est composé de plusieurs formules de garanties à votre choix.

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 d'adhésion et vaudra tant pour vous-même que pour votre Conjoint/Enfants à charge s'il est ayant droit de votre adhésion.

2.6 Conclusion et prise d'effet de l'adhésion au contrat

2.6.1 La date de conclusion de l'adhésion

La date de conclusion de l'adhésion est fixée :

- pour une adhésion effectuée par téléphone, en fonction du mode de contractualisation : soit la date d'enregistrement de la conversation au cours de laquelle l'Adhérent a demandé à conclure au Contrat AvoCotés Santé, soit la date de signature électronique du Contrat AvoCotés Santé ;
- pour une adhésion par voie électronique : à la date de signature électronique du Contrat AvoCotés Santé ;
- pour une adhésion par courrier sur support papier : à la date de réception des pièces par l'Assureur.

La date de conclusion de l'Adhésion est précisée dans le Certificat d'Adhésion.

2.6.2 La date de prise d'effet

La date d'effet des garanties est indiquée au Certificat d'adhésion. L'adhésion produira ses effets à la date fixée au Certificat d'adhésion. La date d'effet des garanties ne peut être antérieure à la date de conclusion de l'adhésion.

Lorsque l'Adhérent demande, postérieurement à son adhésion, l'extension de sa garantie pour un membre de sa famille, jusqu'alors non assuré dans le cadre de l'adhésion, la date d'effet de la garantie de ce nouvel Assuré débutera, au plus tôt après expiration du délai d'attente éventuel, le premier jour du mois qui suit la réception de la demande par CERGAP.

2.7 Les délais d'attente

Les garanties du Contrat ne comportent pas de délai d'attente sauf :

- Frais chambre particulière en cas d'hospitalisation en secteur spécialisé ou en Centre Hospitalier Spécialisé (hors hospitalisation pour cause accident) - 60 jours
- Frais de lit accompagnement en cas de parent malade de plus de 80 ans (hors hospitalisation pour cause accident) - 60 jours

2.8 La durée de l'adhésion et des garanties

2.8.1 Durée de l'adhésion

Votre adhésion est conclue pour une durée d'un (1) an à compter de la date d'effet des garanties. Elle est ensuite tacitement reconduite jusqu'au 31 décembre suivant.

A cette date, elle est reconduite tacitement pour des durées d'un (1) an chacune, sauf résiliation dans les conditions mentionnées à l'article 2.10 Résiliation de l'adhésion au contrat.

2.8.2 Durée des garanties

Les garanties cessent :

- Pour tous les Assurés, à la date de la fin de l'adhésion.
- A la date à laquelle l'Assuré ne bénéficie plus d'un Régime de Sécurité Sociale.

2.9 La 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 et conformément aux dispositions de l'article 2.12.5 ci-après ;
- à la demande de l'Assuré, en cas de séjour de plus de 2 mois consécutifs hors de France et pour un maximum de 6 mois.

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 a déclaré à l'Assureur qu'il est revenu vivre en France après un séjour de plus de 2 mois consécutifs et de moins de 6 mois consécutifs en dehors du territoire français.

La suspension des garanties entraîne pour chaque Assuré, la perte de tout droit à prestations se rapportant à des accidents et maladies survenus pendant cette période.

2.10 La résiliation de l'adhésion au contrat

2.10.1 Par l'Adhérent

L'adhésion peut être résiliée par l'Adhérent :

- A la date anniversaire de l'adhésion, c'est-à-dire à l'issue de la première année (12 mois complets d'assurance), puis ensuite à chaque Échéance Principale fixée au 1er janvier, par lettre recommandée avec accusé de réception moyennant un préavis de deux mois.
A compter du 1er décembre 2020, à tout moment après l'expiration d'un délai d'un an à compter de la première Adhésion (Résiliation infra-annuelle), par lettre ou tout autre support durable, par déclaration faite au siège social ou chez le représentant de l'Assureur, par acte extrajudiciaire, ou par le mode de communication à distance utilisé lors de l'Adhésion (article L932-12-2 du Code des assurances). La Résiliation prend effet un mois après sa notification.
- En cas de changement ou de cessation définitive d'activité professionnelle entraînant une modification dans la nature et la portée des garanties. La résiliation doit intervenir, par lettre recommandée avec accusé de réception, dans les 3 mois suivant la connaissance de l'événement et prend effet un mois après sa notification (article L. 113-16 du Code des assurances).
- En cas de révision des cotisations selon les dispositions de l'article 2.13.3 La révision du tarif, par lettre recommandée avec accusé de réception envoyée dans le mois qui suit la date du courrier d'information envoyé par l'Assureur.

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

2.10.2 Par l'Assureur

L'adhésion peut être résiliée par l'Assureur en cas de :

- non-paiement des cotisations dans les conditions fixées à l'article 2.12.15 ;
- réticence ou fausse déclaration intentionnelle du risque à l'adhésion ou en cours de Contrat, avec effet immédiat ;
- fraude ou tentative de fraude pour obtenir des prestations indues, étant précisé que l'Assuré sera déchu de tout droit à prestations en cas de déclaration de sinistre frauduleuse, avec effet immédiat.

2.10.3 De plein droit

Le Contrat sera résilié de plein droit dans les cas suivants :

- dès que tous les Assurés ne répondent plus à la définition de l'Assuré ;
- A la date du décès de l'Adhérent ;
- En cas de retrait de l'agrément de l'Assureur.

2.10.4 Effets de la résiliation

La résiliation du Contrat fait cesser les garanties pour les sinistres survenus postérieurement à la date d'effet de cette résiliation.

2.11 Le droit de renonciation en cas de vente à distance

« 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 14 jours calendaires révolus pour renoncer, sans avoir à justifier de motif ni à supporter de pénalités ».

Dans le cas où l'Adhérent a demandé à ce que l'exécution du Contrat commence avant la fin du délai de renonciation, il conserve néanmoins son droit de renonciation, sous réserve des conséquences prévues à l'Article 2.11.3.

2.11.1 Point de départ du délai de renonciation

L'Adhérent a la faculté de renoncer à son adhésion au Contrat **AvoCotés Santé** dans un délai de 14 jours calendaires révolus, sans motif ni 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. 222-6 du Code de la Consommation, si cette dernière date est postérieure à celle mentionnée au a).

Il doit pour cela adresser à CERGAP sa demande par lettre recommandée avec accusé de réception. Le Contrat ne doit pas avoir été conclu dans le cadre d'une activité professionnelle.

2.11.2 Modèle de lettre de renonciation

Je soussigné(e) (*nom et prénom de l'adhérent*), demeurant à (*domicile principal*) ai l'honneur de vous informer que je renonce à mon adhésion au Contrat **AvoCotés Santé** N° (*numéro d'adhésion*) que j'ai signé le (*date*).

(*Si des cotisations ont été versées*) Je vous prie de me rembourser l'intégralité des sommes versées, déduction faite de la cotisation imputable au prorata de la période de garantie.

(*En cas de commercialisation à distance*) Je m'engage, pour ma part, à rembourser le montant des prestations qui ont pu m'être versées.

(*Indiquez le lieu, la date et votre signature*).

2.11.3 Conséquence de la renonciation

Si des prestations ont été versées, l'Adhérent s'engage à rembourser à l'Assureur les montants perçus dans un délai de trente jours suivant la date de renonciation.

Si des cotisations ont été prélevées par l'Assureur, ce dernier s'engage à rembourser l'intégralité des sommes prélevées à l'Adhérent, déduction faite de la cotisation imputable au prorata de la période de garantie.

2.12 Les cotisations

2.12.1 Le 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.

Il évolue également contractuellement, à chaque Echéance Principale, en fonction de l'âge des Assurés :

- 2,00% jusqu'à 40 ans ;
- de 2,50 % de 41 à 50 ans ;
- de 3,00 % de 51 à 75 ans ;
- de 3,50 % à partir de 76 ans.

2.12.2 La variation des cotisations

Les cotisations évoluent à chaque Echéance Principale de l'adhésion en fonction de l'évolution des taux d'accroissement des dépenses de santé publiés par la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés et de la structure de nos remboursements.

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

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

Dans ce cas, la cotisation sera modifiée à partir de l'échéance qui suit immédiatement l'événement ou à la prochaine Echéance Principale de l'adhésion.

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.

2.12.3 La révision du tarif

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

Les révisions tarifaires interviennent à partir de l'Echéance qui suit la réception du courrier d'information envoyé par l'Assureur ou à la prochaine Echéance Principale de l'adhésion.

Dans cette hypothèse, vous aurez la faculté de résilier votre adhésion conformément à l'article 2.10.1 La résiliation de l'adhésion au Contrat.

2.12.4 Le paiement des cotisations

Pour chaque année d'assurance, la cotisation est annuelle et payable d'avance. Nous pouvons accepter des paiements :

- semestriels
- trimestriels
- mensuels (uniquement par prélèvement automatique)

Il en est alors fait mention au Certificat d'adhésion.

2.12.5 Le non-paiement des cotisations

En cas de non-paiement d'une cotisation ou d'une fraction de cotisation à sa date d'exigibilité, conformément à l'article L.113-3 du Code des Assurances, le Contrat **AvoCotés Santé** pourra être suspendu par lettre recommandée adressée au dernier domicile connu de l'Adhérent, 30 jours après l'envoi de cette lettre. Le Contrat de l'Adhérent pourra ensuite être résilié, cette résiliation prenant dans ce cas effet 10 jours suivant l'expiration du délai de 30 jours susvisé. La notification de cette résiliation pourra être faite à l'Adhérent dans la même lettre recommandée que celle précitée, valant première mise en demeure.

La suspension de garantie pour le non-paiement ne dispense pas l'Adhérent de l'obligation de payer les cotisations dues et celles venant ultérieurement à échéance.

L'Adhérent reste redevable de la part de cotisation jusqu'à la date de résiliation. Cette résiliation met fin aux garanties prévues par le Contrat.

2.13 La prescription

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

2.13.1 Délai de prescription

Article L. 114-1

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

- 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 2e alinéa ci-dessus, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès de l'assuré.

2.13.2 Causes d'interruption de la prescription

Article L. 114-2

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

2.13.3 Caractère d'ordre public de la prescription

Article L. 114-3

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

2.13.4 Les causes ordinaires d'interruption

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

Article 2240 du Code civil

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

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

Article 2241 du Code civil

- Demande en justice

La demande en justice, même en référé, interrompt le délai de prescription ainsi que le délai de forclusion.

Il en est de même lorsqu'elle est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure.

Article 2242 du Code civil

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

Article 2243 du Code civil

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

Article 2244 du Code civil

- Mesure conservatoire et acte d'exécution forcée

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

Article 2245 du Code civil

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

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

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

Article 2246 du Code civil

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

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

Article 2233 du Code civil

La prescription ne court pas :

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

Article 2234 du Code civil

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

Article 2235 du Code civil

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

Article 2236 du Code civil

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

Article 2237 du Code civil

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

Article 2238 du Code civil

La prescription est suspendue à compter du jour où, après la survenance d'un litige, les parties conviennent de recourir à la médiation ou à la

conciliation ou, à défaut d'accord écrit, à compter du jour de la première réunion de médiation ou de conciliation. La prescription est également suspendue à compter de la conclusion d'une convention de procédure participative ou à compter de l'accord du débiteur constaté par l'huissier de justice pour participer à la procédure prévue à l'article L. 125-1 du Code des procédures civiles d'exécution.

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

Article 2239 du Code civil

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

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

2.14 La subrogation

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

2.15 Les réclamations – La médiation

2.15.1 La réclamation

Une réclamation constitue une demande de mécontentement d'un client envers un professionnel pour les services auxquels il est engagé. Au contraire, toute demande de service ou de prestation, d'information, de clarification ou d'avis ne constitue pas une réclamation mais une simple demande client.

Pour toute réclamation relative à la conclusion de l'adhésion au Contrat, l'Adhérent peut adresser sa réclamation à ADLP Assurances par courrier au 3, avenue de Chartres 60 507 Chantilly Cedex ou par courriel à reclamation@adlp-assurances.fr. ADLP Assurances accusera réception de sa réclamation dans un délai de 10 jours sauf à y répondre dans ce délai, et le cas échéant, y répondra au maximum dans un délai de soixante (60) jours.

Pour toute réclamation relative à la gestion du Contrat, à la résiliation du Contrat, à la cotisation d'assurance ou à un sinistre, l'Adhérent peut adresser sa réclamation à CERGAP par courrier 7 Rue JEAN PERRIN – BP 20007 - LUISANT – 28633 GELLAINVILLE ou depuis le site client www.cergap.fr, Menu 'Mes Services>Mes demandes. CERGAP accusera réception de sa réclamation dans un délai de 10 jours et y répondra au maximum dans un délai de soixante (60) jours.

Si leur réponse ne vous satisfaisait pas, vous pouvez saisir la cellule Supervision Réclamation de l'Assureur à l'adresse : Supervision réclamation INSUREM - CERGAP – 7 Rue JEAN PERRIN – BP 20007 - LUISANT – 28633 GELLAINVILLE.

Pour plus de rapidité dans le traitement de votre demande, n'oubliez pas de nous communiquer :

- vos nom, prénoms, votre adresse, les références de votre contrat, l'objet de votre démarche,
- un numéro de téléphone pour vous joindre le cas échéant.

Le Service Réclamation examine avec vous l'origine du problème et s'efforce de vous apporter une réponse dans les meilleurs délais. Lorsque la demande le nécessite, nous vous informons régulièrement de l'avancement du dossier.

Si l'examen du dossier par le Service Réclamation n'aboutit pas à une conciliation et que vous restez en désaccord avec la réponse apportée, il vous est alors possible de saisir le Médiateur désigné ci-dessous.

Le Médiateur est une autorité indépendante et extérieure à la société d'assurance, qui examine et donne un avis sur le règlement des litiges liés au contrat d'assurance.

2.15.2 La 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 :

PLANÈTE - CSCA

Syndicat Français du Courtage d'Assurance 10 Rue Auber
75009 PARIS.

La Médiation de l'Assurance ne peut être saisie si une action contentieuse a été ou est engagée.

En application de l'article 2238 du Code civil, le recours à la médiation suspend le délai de prescription des actions.

La suspension a pour effet d'arrêter temporairement le cours de la prescription, mais n'efface pas le délai ayant déjà couru (article 2230 du Code civil). Le délai de prescription ne recommence à courir, pour une durée minimale de six mois, qu'à compter de la date à laquelle la procédure de médiation est déclarée achevée.

Les modalités de saisine du Médiateur vous sont communiquées sur simple demande.

Si vous le souhaitez, vous pouvez aussi contacter directement l'autorité d'arbitrage dont dépend la société d'Assurance (en anglais seulement) :

OFFICE OF THE ARBITER FOR FINANCIAL SERVICES FIRST FLOOR

ST CALCEDONIUS SQUARE

FLORIANA FRN1530

MALTE

Ou remplir le formulaire à l'adresse suivante (en anglais, et sous conditions d'avoir épuisé tous les autres recours) :

https://financiararbiter.org.mt/en/for_consumers/Documents/OAFS-

[EN_Complaint_Form_2019-fillable_sp.pdf](https://financiararbiter.org.mt/en/for_consumers/Documents/OAFS-EN_Complaint_Form_2019-fillable_sp.pdf)

2.16 L'autorité de contrôle

L'Autorité de Contrôle Prudential et de Résolution (ACPR) est l'organe de supervision français de la banque et de l'assurance - 4 Place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09.

2.17 La protection des données à caractère personnel

Conformément à la réglementation en vigueur relative à la protection des données à caractère personnel, les responsables du traitement des informations recueillies sont :

- L'Assureur : Insurem Insurance Limited,
- Le courtier Gestionnaire : CERGAP,
- Le courtier Distributeur : ADLP Assurances

Les données collectées sont notamment utilisées pour :

- la passation, la gestion et l'exécution de votre Contrat ;
- être traitées dans le cadre de la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme, l'application des obligations réglementaires et la gestion des risques opérationnels, notamment la fraude à l'assurance ;
- pour, éventuellement, être croisées afin d'améliorer nos produits, d'évaluer votre situation ou la prédire et personnaliser les offres qui pourront vous être proposées.

Vos données sont également transmises entre les sociétés, telles que mentionnées ci-avant, destinataires de l'information ainsi qu'à leurs mandataires, intermédiaires d'assurances, sous-traitants, partenaires, réassureurs ou tout autre organisme habilité pour les besoins de ces opérations.

Vos données pourront, en raison de la sous-traitance partielle des traitements, faire l'objet d'un transfert vers un ou plusieurs prestataire(s) téléphonique(s) situé(s) en dehors de l'Union Européenne pour la gestion des appels. Ce ou ces prestataire(s) se sont engagés contractuellement auprès des entités susvisées à garantir un niveau de sécurité, de confidentialité et de protection suffisant de la vie privée et des droits fondamentaux et sont ainsi liés par des conventions les engageant à respecter le même niveau de protection des données qu'en France.

Vos données personnelles sont conservées dans le cadre des finalités mentionnées ci-dessus et conformément aux obligations légales en vigueur pour une durée de 10 ans à compter du terme de votre contrat d'assurance.

Par ailleurs, les Adhérents sont informés que les conversations téléphoniques qu'ils échangeront pourront faire l'objet d'un enregistrement dans le cadre du suivi de la qualité des services et de la formation des personnels. Les conversations enregistrées au titre du suivi de qualité sont conservées deux (2) mois à compter de leur enregistrement. Les Adhérents pourront s'y opposer en manifestant leur refus auprès de leur interlocuteur.

Vous avez la possibilité de vous inscrire gratuitement sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique accessible sur le site www.bloctel.fr, pour ne pas être démarché par téléphone par des professionnels avec lesquels vous n'avez pas de contrat en cours.

Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement, de limitation ou de portabilité des données vous concernant. Vous avez aussi la possibilité de définir des directives relatives au sort de vos données après votre décès ou choisir d'en limiter l'usage. Si vous avez consenti de manière expresse à certaines utilisations de vos données, vous pouvez retirer ce consentement à tout moment sous réserve que le traitement ne conditionne pas l'application de votre contrat.

Vous pouvez vous opposer au traitement de vos données pour un motif légitime, mais également à des fins de prospection.

Pour les demandes relatives à la souscription du Contrat, vous pouvez vous adresser au Délégué à la Protection des Données d'ADLP Assurances soit par courriel à dpo@adlp-assurances.fr, soit par courrier postal à ADLP Assurances – DPO - 3 Rue Henri Rol Tanguy, 93 100, Montreuil.

Pour les demandes relatives aux sinistres, aux cotisations et à la gestion du contrat, vous pouvez vous adresser au Délégué à la Protection des Données de CERGAP au 7 rue Jean Perrin 28 600 LUISANT. Les demandes médicales doivent être libellées à la même adresse et à l'attention du médecin-conseil.

Pour le traitement de votre demande, vous devrez être en mesure de démontrer votre identité.

En cas de désaccord persistant concernant vos données, vous avez le droit de saisir la Commission Nationale Informatique et Libertés à l'adresse suivante : Commission Nationale Informatique et Libertés, 3 place de Fontenoy 75007 Paris, <https://www.cnil.fr/fr/>.

Notre politique de protection des données à caractère personnel incarne les valeurs essentielles d'attention, de sérénité et de fiabilité. Elle se traduit au quotidien par la mise en œuvre de mesures, de normes et de règles strictes pour en assurer la sécurité physique et logique, conformément aux évolutions réglementaires.

Vous pouvez prendre connaissance des politiques de chaque entité sur leur site Internet respectif ou demander que le document vous soit envoyé à l'adresse email que vous nous indiquerez :

- pour INSUREM : <https://insurem.eu/politique-confidentialite/>.

- pour CERGAP : www.cergap.fr

- pour ADLP Assurances : www.avocotes.com.

Nous accordons la plus haute importance à la sécurité et à l'intégrité des données personnelles de nos assurés et prospects et nous engageons à traiter vos données personnelles en ayant recours à des mesures de sécurité appropriées sur le plan technique et au niveau de l'organisation. En cas de violation de vos données à caractère personnel, nous vous informons dans les meilleurs délais, lorsqu'elle est susceptible d'engendrer un risque élevé pour vos droits et libertés.

Nous vous informons, en des termes clairs et simples, de la nature de la violation de données à caractère personnel et vous communiquons :

- La description de la nature de la violation de données à caractère personnel y compris, si possible, les catégories et le nombre approximatif de personnes concernées par la violation et les catégories et le nombre approximatif d'enregistrements de données à caractère personnel concernés ;
- Le nom et les coordonnées du délégué à la protection des données ou d'un autre point de contact auprès duquel des informations

supplémentaires peuvent être obtenues ;

- La description des conséquences probables de la violation de données à caractère personnel ;
- La description des mesures prises ou que les responsables du traitement proposent de prendre pour remédier à la violation de données à caractère personnel, y compris, le cas échéant, les mesures pour en atténuer les éventuelles conséquences négatives.

III. LES GARANTIES

3.1 Le 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 :

Les 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. 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 aux II et III de l'article L. 160-13 du Code de la Sécurité sociale.
- doit laisser à la charge des assurés une part forfaitaire sur le dépassement d'honoraires des spécialistes consultés en dehors du parcours de soins, prévu au point 18 de l'article L. 162-5 du Code de la Sécurité sociale.

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).

3.2 Ce que garantit le Contrat

Dans les conditions et limites de la garantie choisie, mentionnées au certificat d'adhésion 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).

2.3.1. Le remboursement des frais médicaux

L'hospitalisation médicale ou chirurgicale

- les frais de séjour secteur conventionné ou non conventionné ;
- les interventions chirurgicales ;
- les actes d'anesthésie et d'obstétrique ;
- l'hospitalisation à domicile ;
- les frais de transport du malade accepté par le Régime Obligatoire ;
- le forfait hospitalier pour une durée illimitée ;
- la chambre particulière à l'exclusion de l'hospitalisation de jour ou en service spécialisé ;
- Frais de location TV (hors maternité) ;
- le remboursement d'un lit d'accompagnant : parent malade de plus de 80 ans (à l'exclusion de l'hospitalisation en service spécialisé).

L'hospitalisation de jour ou secteur spécialisé

- les frais de séjour et honoraires secteur conventionné hospitalisation de jour ou service spécialisé ;
- le forfait hospitalier pour une durée illimitée ;
- la chambre particulière ;

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 au certificat d'adhésion
- les frais dentaires non remboursés par la Sécurité sociale, l'implantologie, les prothèses, l'orthodontie, la parodontologie dans les limites des montants indiqués au certificat d'adhésion.

Les garanties dentaires remboursées sont majorées dans les conditions et limites précisées dans les dispositions personnelles à compter de la 3ème année. Cette majoration est réalisée sur le taux de garantie de la 1ère année : + 25% de la BR sur les actes dentaires pris en charge par le RO.

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.

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 100 €. 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 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 et auxiliaires médicaux non remboursées (Ostéopathes, Acupuncteurs, Diététiciens, Chiropracteurs, Pédicures, Podologues, Homéopathes) si prescrites sur ordonnance par un médecin. (Un forfait par an et par bénéficiaire)

La pharmacie

- les médicaments et l'homéopathie remboursée par la Sécurité sociale.
- Les prothèses et les appareillages
- les prothèses auditives, orthopédiques et capillaires ;
- le versement d'un forfait annuel et par bénéficiaire pour les prothèses auditives.

Les cures thermales

- le versement d'un forfait par an et par bénéficiaire, en cas
- de cure thermale prise en charge par la Sécurité sociale.

Les soins à l'étranger

- Remboursement des soins reçus à l'étranger et pris en charge par le RO.

Les actes de prévention (Art.871-2 du Code de la Sécurité Sociale)

- Les dépenses de prévention remboursées par le RO sont prises en charge dans la limite de 2 actes par an et par bénéficiaire.

2.3.2. La dispense d'avance de frais (Tiers payant)

Les assurés bénéficient de la dispense d'avance des frais, au moins à hauteur des tarifs de responsabilité, sur les prestations faisant l'objet des garanties prévues pour les contrats responsables et indiquées sur l'attestation de tiers payant.

La prise en charge peut être obtenue sur simple présentation de 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. En dehors du parcours de soins, le tiers payant n'est pas possible.

3.3 La 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.

En cas d'augmentation de garantie, les délais de carence sont réinitialisés et les plafonds dentaires de première année 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 fidélité en dentaire.

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

3.4 L'étendue territoriale des garanties

La garantie remboursement des frais médicaux, chirurgicaux et/ou d'hospitalisation, de votre contrat s'exerce dans tous les pays, à partir du moment où le Régime obligatoire français intervient.

3.5 Garanties d'assistance

Dans le cadre de votre adhésion au contrat **AvoCotés Santé**, vous bénéficiez de garanties d'assistance. Les prestations d'assistance accordées aux Bénéficiaires sont présentées dans la convention d'assistance, communiquée séparément.

IV. LES EXCLUSIONS ET LIMITATIONS DES GARANTIES D'ASSURANCE

4.1 Les cas où la garantie ne s'exerce pas

Sont exclus le remboursement de frais de soins qui sont la conséquence de maladies et d'accidents, ainsi que leurs suites et conséquences résultant :

- d'une faute intentionnelle ou dolosive de l'assuré ainsi que ses

conséquences, ayant causé et / ou susceptible de causer un dommage à un tiers. Le tiers visé ci-avant s'entend comme toute personne physique ou morale, en ceux y compris toute autorité chargée du maintien de l'ordre et de la sécurité ou les établissements publics ;

- de l'usage de drogues ou de stupéfiants non
- médicalement prescrits ou de substances illicites ;
- 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 ou la complicité de l'assuré à des émeutes et mouvements populaires, à des actes de terrorisme et de sabotage et d'attentat ou de troubles quels qu'ils soient et où qu'ils aient lieu ;
- 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 frais de soins résultant :

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

4.2 Les limitations de la garantie santé

Pendant les six premiers mois d'assurance, le remboursement des honoraires des médecins, chirurgiens et anesthésistes non adhérents DPTAM, au cours d'une hospitalisation, est limité aux garanties de la formule BUDGET.

Les frais de télévision sont pris en charge dans la limite de 15 jours par an.

- Pour les séjours en secteur spécialisé ou en Centre Hospitalier Spécialisé, la prise en charge de la chambre particulière est limitée à 30 jours par an pour la formule CONFORT et à 45 jours par an pour la formule BIEN-ETRE.
- Les frais d'optique sont remboursés dans la limite d'un équipement complet (Verres + Monture) par période de 2 ans.
- 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.

V. LE REGLEMENT DES PRESTATIONS

5.1 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 notifier par écrit à CERGAP.

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.

5.2 La procédure classique

Lorsque vous ne bénéficiez pas de la télétransmission, ou que le règlement des frais n'a pas été effectué directement au professionnel de santé, pour obtenir le remboursement des dépenses prises en charge selon la formule de garanties souscrite, vous devez faire parvenir à CERGAP les pièces mentionnées ci-après, accompagnées, le cas échéant, du refus de prise en charge du Régime obligatoire.

La médecine courante

- Les décomptes originaux des prestations du régime obligatoire

L'hospitalisation

- 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

- 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.
- 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 CERGAP 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.

5.3 Le paiement des prestations

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

5.4 Les 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 devez lui communiquer ces renseignements directement, et à son attention exclusive.

5.5 Le 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.

Toute contestation de l'adhérent sur les conclusions de l'expert entraînera la procédure qui suit :

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

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

Chaque partie paie les frais et honoraires du médecin qui l'assiste. En revanche, les honoraires du tiers arbitre, ainsi que, s'il y a lieu, les frais de sa nomination judiciaire sont payés par moitié par chacune des parties.

5.6 Les délais à respecter

Les demandes de remboursement doivent parvenir à CERGAP 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.**

5.7 Les sanctions

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

ADLP Assurances, 3 rue Henri Rol-Tanguy, 93100 Montreuil, SAS au capital de 3 117 594 €, RCS Bobigny 799 342 118, immatriculée à l'Orias sous le N° ORIAS 14001699.

INSUREM INSURANCE LIMITED, société d'assurance, siège au 71 Tower Road ; SLM1609, Siema, Malte, enregistrée au RC sous le n° 91883

CERGAP, 7 Rue Jean Perrin, 28600, Luisant. SAS au capital de 240 000 €. R.C.S. Chartres 478 989 833, immatriculée à l'Orias sous le N° ORIAS 19 007 540.

Entreprises régies par le Code des assurances et soumises au contrôle de l'ACPR, 4 Place de Budapest, CS 92459, 75436 Paris Cedex 09. RC professionnelle et garantie financière conformes aux articles L512-6 et L512-7 du Code des assurances.

Les garanties du contrat décrites ci-dessous respectent l'ensemble des conditions du cahier des charges des contrats dits « responsables et solidaires » mentionnées à l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale et ses textes réglementaires d'application dont les articles R 871-1 et 2 du même code. De ce fait, elles peuvent bénéficier des aides fiscales et sociales prévues par la législation. Elles prévoient le remboursement de vos dépenses de santé occasionnées à la suite d'une maladie, d'un accident ayant donné lieu à un remboursement de la Sécurité sociale. Certains frais non pris en charge par la Sécurité sociale peuvent donner lieu à une participation au titre du contrat à la condition qu'il en soit fait mention dans le tableau des garanties ci-dessous. Lorsqu'elles ne sont pas évoquées sous la forme « Rbt intégral », les garanties sont exprimées sous la forme de forfait (en euro), du ou en pourcentage des bases de remboursement de la Sécurité sociale incluant le remboursement de la Sécurité sociale. Elles s'entendent toujours dans la limite des frais réellement engagés et des « Prix Limites de Ventes » (PLV) déterminés par la réglementation en vigueur.

	BUDGET	ESSENTIELLE	SECURITE	EQUILIBRE	CONFORT	BIEN-ETRE
Hospitalisation médicale ou chirurgicale 						
Frais de séjour secteur conventionné	100 %	Rbt intégral				
Frais de séjour secteur non conventionné	100 %	100 %	150 %	200 %	200 %	200 %
Honoraires du médecin, chirurgien, et de l'anesthésiste	adhérent DPTAM 100 % non adhérent DPTAM 100 %	125 % 100 %	200 % 150 %	250 % 200 %	300 % 200 %	400 % 200 %
Honoraires secteur non conventionné	100 %	100 %	150 %	200 %	200 %	200 %
Chambre particulière (à l'exclusion de l'hospitalisation de jour ou en service spécialisé)	15 € / jour	30 € / jour	50 € / jour	70 € / jour	85 € / jour	100 € / jour
Forfait hospitalier sans limitation de durée ⁽¹⁾	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral
Hospitalisation à domicile	100 %	100 %	150 %	200 %	200 %	200 %
Frais de location TV	Néant	5 € / jour limité à 15 jours / an	5 € / jour limité à 15 jours / an	5 € / jour limité à 15 jours / an	5 € / jour limité à 15 jours / an	5 € / jour limité à 15 jours / an
Lit d'accompagnant : parent malade de plus de 80 ans (à l'exclusion de l'hospitalisation en service spécialisé)	Néant	Néant	10 € / jour	10 € / jour	15 € / jour	25 € / jour
Transport du malade accepté par le Régime Obligatoire (sauf cure thermale)	100 %	100 %	125 %	150 %	175 %	200 %
Forfait patient urgences	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral
Hospitalisation de jour ou secteur spécialisé 						
Frais de séjour et honoraires secteur conventionné hospitalisation de jour ou service spécialisé	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Forfait hospitalier sans limitation de durée	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral
Chambre particulière	Néant	Néant	Néant	Néant	30 € / jour limité à 30 j	40 € / jour limité à 45 j
Honoraires et soins médicaux courants 						
Consultations et visites des généralistes ou spécialistes	adhérent DPTAM 100 % non adhérent DPTAM 100 %	125 % 100 %	150 % 130 %	175 % 155 %	225 % 200 %	250 % 200 %
Consultations de psychiatrie et de neuropsychiatrie	adhérent DPTAM 100 % non adhérent DPTAM 100 %	100 % 100 %	100 % 100 %	100 % 100 %	100 % 100 %	100 % 100 %
Actes techniques médicaux (ATM)	adhérent DPTAM 100 % non adhérent DPTAM 100 %	100 % 100 %	125 % 105 %	150 % 130 %	200 % 180 %	200 % 180 %
Actes de spécialistes (dont ostéodensitométrie)	adhérent DPTAM 100 % non adhérent DPTAM 100 %	100 % 100 %	125 % 105 %	150 % 130 %	200 % 180 %	200 % 180 %
Radiologie - Echographie - Imagerie médicale	adhérent DPTAM 100 % non adhérent DPTAM 100 %	100 % 100 %	125 % 105 %	150 % 130 %	200 % 180 %	200 % 180 %
Auxiliaires médicaux - Analyses médicales	100 %	100 %	125 %	150 %	200 %	200 %
Matériel médical et prothèses autres (hors Audio et Dentaire) 						
- Prothèses orthopédiques remboursées par la Sécurité sociale + forfait prothèses orthopédiques remboursée par la Sécurité sociale	100 %	100 % +50 € / an	125 % +75 € / an	150 % +100 € / an	175 % +125 € / an	200 % +150 € / an
Petit et gros appareillage, accessoires, pansements	100 %	100 %	125 %	150 %	175 %	200 %
Prothèses mammaires et capillaires remboursées par la Sécurité sociale	100 %	100 %	125 %	150 %	175 %	200 %

	BIEN-ÊTRE	ESSENTIELLE	SÉCURITÉ	ÉQUILIBRE	COMFORT	BIEN-ÊTRE
Acte de prévention  (prévus à l'art R.871-2 du code de la Sécurité Sociale)						
Ensemble des actes de prévention prévus dans le cadre de la réglementation des contrats responsables	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Dentaire 						
Consultation et soins dentaires - Consultations, actes et soins remboursés par la Sécurité sociale - Inlays - onlays remboursés par la Sécurité sociale + Bonus à compter de la 3 ^{ème} année d'assurance	100 % 100 % Néant	100 % 100 % +25 %	150 % 150 % +50 %	200 % 200 % +50 %	225 % 225 % +75 %	275 % 275 % +75 %
Actes prothétiques : Soins et Prothèses 100% Santé* : Actes prothétiques entrant dans le cadre du panier de soins 100 % Santé* 	Rbt intégral					
Actes prothétiques hors cadre du 100% Santé* (Panier libre & maîtrisé) - Actes prothétiques remboursés par la Sécurité sociale + Bonus à compter de la 3 ^{ème} année d'assurance	100 % Néant	100 % +25 %	150 % +50 %	200 % +50 %	225 % +75 %	275 % +75 %
Orthodontie Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale	100 %	100 %	150 %	200 %	225 %	275 %
Actes dentaire non remboursés par la Sécurité sociale - Implantologie - Parodontologie - Prophylaxie - Endodontie non remboursés par la Sécurité sociale - Forfait annuel par bénéficiaire - Acte prothétiques ou Orthodontie non remboursés par la Sécurité sociale - Forfait annuel par bénéficiaire	Néant Néant	Néant Néant	100 € 100 €	150 € 150 €	250 € 250 €	350 € 350 €
Plafond dentaire annuel par bénéficiaire (Actes prothétiques hors cadre du 100% Santé, Orthodontie et Actes dentaire non remboursés par la Sécurité sociale) * : 1 ^{ère} et 2 ^{ème} années Années suivantes	0 € 0 €	0 € 0 €	0 € 0 €	500 € 1 000 €	600 € 1 200 €	700 € 1 400 €
Optique 						
Équipements 100% santé* ^(M) : - Équipements de classe A (classe à prise en charge renforcée) entrant dans le cadre du panier de soins 100% Santé* (1 monture et 2 verres) ^(N) Renouvellement tous les 2 ans ^{(O) *} 	Rbt intégral					
Équipements de classe B (panier libre) ^(M) Renouvellement tous les 2 ans ^{(O) ^(N) :} - Montures - Verres : Équipement avec 2 verres simples Équipement avec 1 verre simple et 1 verre complexe ou très complexe Équipement avec 2 verres complexes ou très complexes	100 % 100 % 100 % 100 %	100 % 100 % 100 % 100 %	100 € 250 € 275 € 330 €	100 € 300 € 320 € 350 €	100 € 350 € 380 € 430 €	100 € 400 € 430 € 480 €
Matériel amblyopie - Renouvellement tous les ans ^(N)	Néant	100 €	200 €	250 €	300 €	350 €
Lentilles de contact et chirurgie réfractive Renouvellement tous les ans ^(N) : - Forfait lentilles remboursées par le Régime Obligatoire - Forfait lentilles non remboursées par le Régime Obligatoire - Chirurgie optique réfractive non remboursée par le Régime Obligatoire : forfait / oeil	100 % Néant Néant	100 % Néant Néant	100 % + 75 € 50 € 150 €	100 % + 100 € 75 € 200 €	100 % + 125 € 100 € 250 €	100 % + 150 € 125 € 275 €
Pharmacie 						
Médicaments prescrits et remboursés par la Sécurité Sociale	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

	BUDGET	ESSENTIELLE	SECURITE	EQUILIBRE	COMFORT	HAUTE-TECH
Aide auditives 						
Équipements 100 % santé* 14 - Aides auditives de Classe I* (classe à remboursement renforcé) Renouvellement tous les quatre (4) ans 15 16		Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral
Équipements hors 100% santé* - Aides auditives de Classe II (à prix libre), remboursées par la Sécurité sociale Renouvellement tous les quatre ans 15 16 Remboursement maximum 1700€ par oreille à appareiller 16. + forfait prothèse auditive remboursée par la Sécurité sociale - par an et par bénéficiaire		100 %	100 %	125%	150 %	175 %
			+ 50 € / an	+75 € / an	+ 100 € / an	+ 125 € / an
				+ 150 € / an	+ 150 € / an	+ 150 € / an
Médecine complémentaire 						
Ostéopathes, Acupuncteurs, Diététiciens, Chiropracteurs non remboursés par le Régime Obligatoire (sur présentation d'une facture acquittée)	Néant	Néant	Néant	60 € / an limité à 30 € / séance	90 € / an limité à 30 € / séance	120 € / an limité à 30 € / séance
Pédicures, Podologues, Homéopathes non remboursés par le Régime Obligatoire (sur présentation d'une facture acquittée)	Néant	Néant	Néant	60 € / an limité à 30 € / séance	90 € / an limité à 30 € / séance	120 € / an limité à 30 € / séance
Cures thermales 						
Honoraires et frais remboursés par la Sécurité Sociale	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
+ forfait annuel Cures Thermales (frais d'hébergement non pris en charge par la Sécurité Sociale)	-	100 €	100 €	200 €	300 €	350 €
Soins à l'étranger 						
Soins engagés à l'étranger remboursés par la Sécurité sociale 17	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

Assistance

Tous les services figurant au contrat

*100 % Santé



* Dans le cadre du dispositif 100% Santé, les prises en charges s'effectuent telles que définies réglementairement :

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

(b) Les forfaits sont exprimés y compris remboursement de la Sécurité sociale. Les remboursements intègrent la prestation d'appareillage et supplément pour verres avec filtre en complément de la Sécurité sociale et à hauteur du ticket modérateur.

(c) Pour l'appréciation de la période de deux ans permettant un renouvellement, le point de départ est fixé à la date d'acquisition du dernier équipement. La période est ramenée à un an pour les assurés de plus de 16 ans, en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une dégradation des performances oculaires ou d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières prévues par la réglementation en vigueur. Pour les assurés de moins de 16 ans, la période est ramenée à un an sauf dégradation des performances oculaires prévue par la réglementation en vigueur.

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

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

BR (Base de remboursement) : Tarif servant de référence à l'assurance maladie obligatoire pour déterminer le montant de son remboursement. Pour les actes réalisés par des praticiens non conventionnés, la base de remboursement retenue est celle du Tarif d'Autorité de la Sécurité sociale.

DPTAM (Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée) : rassemble les dispositifs ayant pour objet la maîtrise des dépassements d'honoraires des professionnels de santé conventionnés (CAS, OPTAM, OPTAM-CO...). Le médecin qui adhère peut pratiquer des dépassements d'honoraires mais il s'engage à modérer et stabiliser ses tarifs.

Rbt intégral : Remboursement intégral

(1) Hors Alsace-Moselle

(2) Hospitalisation en service spécialisé : Hospitalisation ou séjours en secteur de rééducation, convalescence, réadaptation fonctionnelle, maison de repos, de diététique, de sevrage thérapeutique, soins de suite ou en secteur de psychiatrie ou neuropsychiatrie.

(3) Sauf dérogations prévues par la réglementation, la période de renouvellement est décomptée à partir de la date de la dernière acquisition d'équipement d'optique ou d'aides auditives.

(4) Sont pris en charge les frais médicaux chirurgicaux et/ou d'hospitalisation lors d'un séjour temporaire dans le monde entier dès lors qu'il s'agit de soins inopinés et que ces frais donnent lieu à une prise en charge par le Régime obligatoire français. Les soins inopinés s'entendent des soins qui ne font pas l'objet d'une programmation. Ils s'appliquent aux personnes qui, lors d'un séjour à l'étranger tombent malades ou se blessent et doivent de ce fait engager des dépenses médicales.

Les actes hors nomenclatures effectués à l'étranger ne sont pas pris en charge.

(5) Une aide auditive de classe I doit comporter au moins trois options de la liste A telles que le prévoit la législation en vigueur.

* Au-delà du plafond la participation de l'Assureur interviendra dans les conditions prévues pour les contrats responsables.

VALANT NOTICE D'INFORMATION AVOCOTES SANTE

CONTRAT COLLECTIF n° FIC20SAN0038

ADLP ASSURANCES, Société par Actions Simplifiée au capital de 3 117 594 €, régie par le Code des assurances, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Bobigny sous le n°799 342 118 et au Registre unique des intermédiaires en assurance, banque et finance (ORIAS) sous le n°14001699, dont le siège social est situé 3 rue Henri Rol Tanguy - 93100 MONTREUIL, a souscrit le contrat collectif n° **FIC20SAN0038** auprès de FILASSISTANCE, afin de faire bénéficier ses Adhérents couverts par le contrat collectif d'assurance à adhésion facultative AvoCotés Santé « INS-072020 » d'INSUREM INSURANCE LIMITED, des garanties d'assistance prévues ci-dessous.

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

A. CADRE DES GARANTIES

1. COMMENT CONTACTER FILASSISTANCE ?

Téléphone	09 77 40 84 77 (depuis la France) + 9 77 40 84 77 (depuis l'étranger)
Télécopie	09 77 40 17 87
Adresse postale	108 Bureaux de la Colline 92213 Saint-Cloud Cedex
Courriel	assistance.personnes@filassistance.fr

2. QUI PEUT BENEFICIER DES GARANTIES ?

Ont la qualité de Bénéficiaires, l'Adhérent du contrat collectif d'assurance à adhésion facultative **AvoCotés Santé « INS-072020 » d'INSUREM INSURANCE LIMITED**, désigné dans la garantie, ainsi que, lorsqu'ils sont expressément désignés aux termes du bulletin d'adhésion, le Conjoint de cette dernière, ainsi que leurs enfants fiscalement à charge et vivant sous le même toit, ainsi que toute personne comme destinataire de la prestation servie.

Les Bénéficiaires doivent résider en France telle que définie ci-dessous.

3. OU S'APPLIQUENT LES GARANTIES ?

Les garanties d'assistance fournies par **FILASSISTANCE** au titre des présentes conditions générales valant Notice d'information, s'appliquent en France telle que définie ci-dessous.

Elles sont fournies exclusivement depuis et au sein de la Zone de résidence de l'Adhérent, telle que définie ci-dessous.

4. QUELLE EST LA PERIODE DES GARANTIES ?

Les garanties définies dans les présentes suivent le sort du contrat collectif d'assurance à adhésion facultative « **INS-072020** » d'INSUREM INSURANCE LIMITED, auquel elles se rattachent et dont elles font partie intégrante (délai de rétractation applicable en cas de vente à distance ou suite à démarchage à domicile, avenant, suspension, résiliation, etc.).

Les garanties sont acquises à tout Bénéficiaire dès lors que l'Evènement à l'origine de la demande d'assistance survient durant la période de validité du présent Contrat et au plus tôt, à compter du **24 Juillet 2020**.

Les garanties prennent fin :

- Automatiquement en cas de cessation de l'adhésion au contrat collectif d'assurance à adhésion facultative « INS-072020 » d'INSUREM INSURANCE LIMITED ;
- En cas de résiliation du Contrat collectif d'assistance n° FIC20SAN0038.

B. DEFINITIONS

Accident	Blessure non intentionnelle et indépendante de la volonté du Bénéficiaire, provenant de l'action soudaine, violente et imprévisible d'une cause extérieure et dont la nature risque de porter atteinte à la vie même du Bénéficiaire ou d'engendrer à brève échéance une aggravation importante de son état si des soins adéquats ne lui sont pas prodigués rapidement.
Adhérent	Toute personne physique couverte et ayant adhéré au contrat collectif d'assurance à adhésion facultative « INS-072020 » d'INSUREM INSURANCE LIMITED, et qui s'engage à acquitter la cotisation émise aux périodes définies. L'Adhérent est précisé dans le certificat d'adhésion.
AGGIR	Outil national d'évaluation de la dépendance déterminant le niveau des aides publiques.
Aide à domicile	Personne assurant les travaux courants d'entretien du logement tels que le ménage, les courses de proximité, le repassage et l'aide aux repas.
Animaux de compagnie	Chiens et chats remplissant les obligations d'identification et de vaccination fixées par la réglementation à l'exclusion de tout chien susceptible d'être dangereux c'est-à-dire les chiens de races Staffordshire bull terrier, Mastiff, American Staffordshire terrier, Tosa, les chiens assimilables par leurs caractéristiques morphologiques aux chiens de ces races ainsi que les chiens communément appelés « Pitt bull ». L'animal garanti ne devra pas faire l'objet d'un élevage ou être détenu dans le cadre d'une activité professionnelle ou commerciale quelle qu'elle soit
Autorité médicale	Toute personne titulaire d'un diplôme de médecine ou de chirurgie en état de validité en France.
Bénéficiaire	Toute personne désignée à l'article 2 du paragraphe A, ci-avant.
Conjoint	Le conjoint marié à l'Adhérent personne physique, non séparé judiciairement ; le concubin tel que défini à l'article 515-8 du Code civil ; ou le partenaire lié par un Pacte Civil de Solidarité (PACS) à l'Adhérent personne physique.
Contrat	Le Contrat collectif d'assistance n° FIC20SAN0038 .
Dépendance	Etat de perte d'autonomie d'une personne justifiant son classement dans le Groupe GIR 1 à 4 de la grille AGGIR.

Domicile	Le foyer fiscal ou le lieu de résidence principale et habituelle de l'Adhérent mentionné sur le certificat d'adhésion.
Enfant	Enfant à la charge de l'Adhérent et/ou de son Conjoint.
Etablissements de soins publics ou privés	Hôpitaux, cliniques, établissements de convalescence, établissements de soins de suite et de réadaptation (SSR), centres de rééducation, établissements d'HAD (Hospitalisation à domicile), etc... au sein desquels le Bénéficiaire peut recevoir des soins prodigués par une Autorité médicale.
Evènement	Toute situation prévue par la présente notice justifiant d'une demande d'intervention auprès de FILASSISTANCE , et notamment la Maladie, l'Accident, le décès, etc.
France	France métropolitaine (Corse incluse), les Départements-Régions d'Outre-mer français: Guadeloupe, Guyane française, Martinique et la Réunion et les Principautés d'Andorre et de Monaco.
Handicap	Toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie par une personne, en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant. Le handicap doit être reconnu par la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH).
Hospitalisation	Sauf stipulation contraire , tout séjour d'une durée supérieure à 48 heures consécutives , dans un Etablissement de soins public ou privé, effectué dans le but de recevoir des soins à la suite d'un Accident ou d'une Maladie.
Immobilisation	Immobilisation temporaire au Domicile, supérieure à 5 jours consécutifs , médicalement prescrite, et consécutive à un Accident ou une Maladie.
Maladie	Toute altération de la santé, constatée par une autorité médicale compétente.
Proche	Les ascendants et descendants du 1 ^{er} ou 2 ^{ème} degré et/ou le Conjoint de l'Adhérent tel que défini ci-dessus.
Titre de transport	Dans la limite des disponibilités , pour les trajets dont la durée est inférieure à 5 heures , il est remis un billet de train, aller et retour, 1 ^{ère} classe. Pour les trajets supérieurs à cette durée, il est remis un billet d'avion, aller et retour, classe économique.
Zone de résidence	Pour l'Adhérent résidant en France métropolitaine (Corse incluse), Andorre ou Monaco : zone couvrant la France métropolitaine et Andorre et Monaco. Pour l'Adhérent résidant dans les départements-régions d'Outre-Mer français : zone limitée au département-région (Guadeloupe, Guyane française, Martinique, Mayotte ou la Réunion) dans lequel se trouve le Domicile de l'Adhérent.

C. DETAIL DES PRESTATIONS GARANTIES

1. PRESTATIONS ACCESSIBLES AUX BENEFICIAIRES DES L'ADHESION

1.1. INFORMATION SANTE D'ORDRE GENERALE

L'équipe médico-psycho-sociale de **FILASSISTANCE** répond aux questions du Bénéficiaire de nature médicale, notamment dans les domaines suivants :

- Informations générales sur les pathologies, les analyses médicales et les examens médicaux,
- La santé au quotidien : pharmacie, les gestes de secours, trousse de secours, automédication, vaccinations...
- Bien vivre : des informations en matière de prévention, de bien-être et de médecine du voyage.
- En cas d'ALD (Affection Longue Durée), maladies rares (maladies orphelines) :
 - o écoute, information et accompagnement du Bénéficiaire dans le système de soins et les démarches administratives,
 - o information sur les associations (visites au chevet, écoute spécifique, actions, groupes de paroles, l'école à l'hôpital, activités ludiques, sociales et de loisirs, prêt de livres).

1.2. INFORMATION VOYAGES

FILASSISTANCE répond aux questions du Bénéficiaire sur les vaccinations et les précautions d'usages avant, pendant et après les voyages, selon les pays visités.

1.3. INFORMATION SUR LA DEPENDANCE ET LE HANDICAP

- Information et conseils médicaux : renseignements d'ordre général dans le domaine de la Dépendance ou du Handicap dans le respect des règles déontologiques préconisées par l'ordre des médecins ;
- Informations et conseils sur l'adaptation du lieu de vie : la perte d'autonomie et ses conséquences dans les domaines de l'environnement et l'architecture ;
- Informations sur les aides disponibles, informations sur l'habitation, aménagement et matériel spécifique... ;
- Informations d'ordre juridico-social : délivrance d'informations d'ordre social et juridique à propos des aides au financement d'un projet d'adaptation, des services d'aides sociales et de la maîtrise des coûts (CESU inclus, bien entendu) ;
- Informations et conseils "relais de la Dépendance" : renseignements sur les hôpitaux, maisons de retraite, centres de rééducation fonctionnelle, auxiliaires de vie, dentistes accessibles, ergothérapeutes, infirmières, kinésithérapeutes, orthophonistes, psychologues et psychomotriciens.

1.4. INFORMATIONS JURIDIQUE, PRATIQUE ET SOCIALE

Sur simple appel du Bénéficiaire, **FILASSISTANCE** recherche et lui communique le ou les renseignements nécessaires à la résolution des problèmes de la vie familiale et quotidienne.

La prestation de renseignements est délivrée par une équipe de chargés d'informations qui répondent à toute question relative aux domaines mentionnés ci-dessous.

1.4.1. Renseignements réglementaires

- **Justice / défense / recours** : à qui vous adresser, comment porter plainte, juridictions civiles, juridictions administratives, juridictions pénales, frais de justice, aide judiciaire, amendes pénales, etc.
- **Sociétés / commerçants / artisans / affaires** : professions libérales, professions commerciales et industrielles, professions artisanales, sociétés commerciales, TVA et autres taxes, assurances professionnelles, aide-mémoire de formalités, frais d'installation.
- **Assurances sociales / allocations / retraites** : salaires, fonction publique, commerce, artisanat, professions libérales, agriculteurs, prestations familiales, accidents du travail, pension de réversion des salariés, pension de réversion des non-salariés, aide sociale, etc.
- **Impôts / fiscalité** : imprimés à remplir, traitements et salaires, revenus fonciers, BIC, BNC, BA, plus-values, charges déductibles, calcul de l'impôt, impôts locaux, réclamations, paiements, contrôles, etc.
- **Famille** : régimes matrimoniaux, grossesse, naissance, adoption, éducation des enfants, émancipation des mineurs, union libre, divorce, succession, décès, handicapés, etc.

1.4.2. Renseignements vie pratique

- **Habitation / logement** : acquisition, construction, financement, bail, congés, copropriété, vente, achat en viager, résidence secondaire, urbanisme, expropriation, les professionnels et l'immobilier, organismes à consulter, etc.
- **Consommation** : argent et chèques dans la vie quotidienne, santé, personnel de maison, protection de la vie privée, l'énergie dans la vie quotidienne, automobile, vivre mieux (nouvelles brèves et conseils) etc.
- **Vacances / loisirs** : Vacances en famille, enfants et adolescents, camping, caravanning, voyages organisés, centres et mouvements de jeunesse, activités de plein air, activités culturelles, loisirs du 3e âge, vacances à l'Etranger, votre argent en vacances, etc.
- **Formalités / cartes / permis** : état civil, passeport, casiers judiciaires, cartes et permis divers, obligations militaires, déménagements, etc.
- **Les services publics** : EDF/GDF, opérateurs téléphoniques, SNCF, la Mairie, la Préfecture, le Médiateur : pour quels services ? A qui s'adresser ? Comment ?
- **Enseignement / formation** : école maternelle, primaire, secondaire, après le baccalauréat, bourses du second degré, aides financières pour étudiants, téléenseignements, collèges et lycées spéciaux, etc.

1.4.3. Renseignements sociaux

- Les différentes aides sociales, les modalités et les démarches à effectuer, les services d'action sociale répondant aux besoins.

2. PRESTATION ACCESSIBLE EN CAS D'IMMOBILISATION SUPERIEURE A 5 JOURS CONSECUTIFS AU DOMICILE DU BENEFICIAIRE

2.1 ACHEMINEMENT DES MEDICAMENTS

FILASSISTANCE organise et prend en charge la livraison des médicaments, prescrits médicalement, au Domicile du Bénéficiaire.

FILASSISTANCE n'est pas tenue à l'exécution de ces obligations dans le cas où dans un rayon maximum de 50 Km autour du Domicile, le ou les médicaments concernés ne seraient pas disponibles.

FILASSISTANCE fait l'avance du coût des médicaments, qui seront remboursés par le Bénéficiaire dès qu'ils lui seront apportés.

3. PRESTATIONS ACCESSIBLES EN CAS D'HOSPITALISATION SUPERIEURE A 48 HEURES OU D'IMMOBILISATION SUPERIEURE A 5 JOURS CONSECUTIFS AU DOMICILE DU BENEFICIAIRE

3.1 RECHERCHE D'UN MEDECIN (EN FRANCE METROPOLITAINE UNIQUEMENT)

En cas d'indisponibilité du médecin traitant habituel, FILASSISTANCE communique au Bénéficiaire, les numéros de téléphone utiles pour contacter un médecin de garde ou les services d'urgence.

Si le Bénéficiaire en fait la demande, FILASSISTANCE lui communique les coordonnées des médecins les plus proches de son Domicile.

Les frais et honoraires du médecin sont à la charge du Bénéficiaire.

3.2 ORGANISATION DE SOINS A DOMICILE

A la demande du Bénéficiaire et sous réserve que les soins soient prescrits par un médecin, FILASSISTANCE le met en relation avec un service de soins à Domicile (infirmière, Auxiliaire de vie).

Le coût de ce service est à la charge du Bénéficiaire.

3.3 AIDE A DOMICILE

FILASSISTANCE met à disposition du Bénéficiaire une Aide à domicile exerçant dans sa Zone de résidence, afin de le soulager dans ses tâches ménagères. Avant la mise en œuvre de la prestation, un certificat médical attestant l'Hospitalisation de plus de 48 heures ou l'Immobilisation supérieure à 5 jours consécutifs au Domicile du Bénéficiaire devra être adressé à FILASSISTANCE sous pli confidentiel à l'attention du médecin régulateur de FILASSISTANCE.

Le nombre d'heures allouées ne peut pas dépasser 20 heures réparties sur les 15 premiers jours maximum à compter de la date de sortie d'hôpital ou du début de l'Immobilisation.

4. PRESTATIONS ACCESSIBLES EN CAS D'HOSPITALISATION SUPERIEURE A 48 HEURES DU BENEFICIAIRE

4.1 GARDE DES ENFANTS AGES DE MOINS DE 16 ANS

Si durant l'Hospitalisation du Bénéficiaire, personne ne peut s'occuper des enfants restés sans surveillance au Domicile, FILASSISTANCE organise et prend en charge l'une des prestations ci-dessous, choisie par l'Adhérent ou son Conjoint :

- La garde à Domicile : le nombre d'heures de garde attribué est évalué par FILASSISTANCE selon la situation et **ne pourra dépasser 20 heures réparties sur 2 jours maximum**. Les frais de déplacements de la personne en charge de la garde des enfants **sont pris en charge à concurrence de 150 € TTC maximum par Evènement** ;
- OU le transfert des enfants chez un Proche habitant dans la Zone de résidence de l'Adhérent, en mettant à la disposition **un Titre de transport par enfant** ;
- OU la venue d'un Proche habitant dans la Zone de résidence de l'Adhérent, jusqu'au Domicile, en mettant à sa disposition **un Titre de transport** ;
- OU l'accompagnement des enfants à l'école dans la limite de **10 allers/retours par Evènement**, dans **un rayon de 25 Km maximum du Domicile et de 500 € TTC pour l'ensemble des enfants**.

4.2 GARDE DES ANIMAUX DE COMPAGNIE

FILASSISTANCE organise et prend en charge (**hors frais de toilettage et de soins vétérinaires**) la garde à l'extérieur ou l'entretien à Domicile des Animaux de compagnie tels que définis ci-dessus.

La prise en charge de cette garde ne peut excéder une période de 15 jours calendaires suivant le début ou la fin de l'Hospitalisation et est limitée à 230 € TTC par Evènement.

5. PRESTATION ACCESSIBLE EN CAS D'HOSPITALISATION SUPERIEURE A 5 JOURS DE L'ADHERENT AGE DE PLUS DE 65 ANS

5.1 TELEASSISTANCE

FILASSISTANCE met à la disposition de l'Adhérent pendant son convalescence un appareil de téléassistance qui sécurise son maintien à Domicile.

D'un simple geste, il peut alerter la centrale de réception qui identifie l'appel même si l'utilisateur ne peut pas parler.

24H/24 et 7J/7, l'Adhérent peut bénéficier d'une écoute par les équipes d'assistance qui, si nécessaire, feront appel aux structures d'urgence pour lui porter secours sans prendre en charge les frais liés aux interventions.

Si le Domicile de l'Adhérent est situé :

- En France Métropolitaine (Corse incluse), FILASSISTANCE organise et prend en charge la mise en service de téléassistance et un mois d'abonnement sous réserve de la remise d'un RIB à FILASSISTANCE,
- Dans un DROM, dans la Principauté de Monaco ou d'Andorre, FILASSISTANCE rembourse le mois d'abonnement de téléassistance et les frais de mise en service sous réserve de la réception des factures justifiant des frais engagés.

6. PRESTATIONS ACCESSIBLES EN CAS DE DECES DU BENEFICIAIRE

6.1 AVANCE DES FRAIS D'INHUMATION

Si les Proches ne peuvent pas régler les frais d'inhumation du Bénéficiaire décédé, FILASSISTANCE leur accorde une avance dans la limite de **1 000 € par Evènement**.

Cette avance est consentie dans le cas où le décès a pour conséquence l'indisponibilité momentanée de fonds et elle a pour seule finalité de permettre de payer des dépenses imprévues et en lien direct avec la survenance du décès.

Cette avance est accordée et remboursée dans les modalités de l'article E.5 « Conditions d'avance de frais ».

6.2 GARDE DES ENFANTS AGES DE MOINS DE 16 ANS

- Si personne ne peut s'occuper des enfants restés sans surveillance au Domicile, Filassistance organise et prend en charge l'une des prestations ci-dessous, choisie par le Conjoint survivant :
- La garde à Domicile : le nombre d'heures de garde attribué est évalué par Filassistance selon la situation et ne pourra dépasser 20 heures réparties sur 2 jours maximum. Les frais de déplacements de la personne en charge de la garde des enfants sont pris en charge à concurrence de 150 € TTC maximum par Evènement ;
- OU le transfert des enfants chez un Proche habitant dans la Zone de résidence du Bénéficiaire, en mettant à la disposition un Titre de transport par enfant ;
- OU La venue d'un Proche habitant dans la Zone de résidence du Bénéficiaire, jusqu'au Domicile, en mettant à sa disposition **un Titre de transport**.

6.3 AIDE A DOMICILE

FILASSISTANCE met à disposition du Conjoint survivant une Aide à domicile exerçant dans la Zone de résidence du Bénéficiaire, afin de le soulager dans ses tâches ménagères.

Avant la mise en œuvre de la prestation, un acte de décès devra être adressé à **FILASSISTANCE** sous pli confidentiel à l'attention du médecin régulateur de **FILASSISTANCE**.

Le nombre d'heures allouées ne peut pas dépasser 10 heures réparties sur les 15 premiers jours maximum à compter de la date du décès.

D. TABLEAU SYNOPTIQUE DES GARANTIES D'ASSISTANCE

PRESTATIONS ACCESSIBLES AUX BENEFICIAIRES DES L'ADHESION	
Information santé d'ordre générale	Informations téléphoniques
Information voyages	Informations téléphoniques
Information sur la Dépendance et le Handicap	Informations téléphoniques
Informations juridique, pratique, sociale	Informations téléphoniques
PRESTATION ACCESSIBLE EN CAS D'IMMOBILISATION SUPERIEURE A 5 JOURS CONSECUTIFS AU DOMICILE DU BENEFICIAIRE	
Acheminement des médicaments	Frais de livraison uniquement Avance des coûts des médicaments
PRESTATIONS ACCESSIBLES EN CAS D'HOSPITALISATION SUPERIEURE A 48 HEURES OU D'IMMOBILISATION SUPERIEURE A 5 JOURS CONSECUTIFS AU DOMICILE DU BENEFICIAIRE	
Recherche d'un médecin (en France métropolitaine uniquement)	Mise en relation sans prise en charge
Organisation de soins à Domicile	Mise en relation sans prise en charge
Aide à domicile	20 heures maximum réparties sur les 15 premiers jours maximum à compter de la date de sortie d'hôpital ou du début de l'Immobilisation
PRESTATIONS ACCESSIBLES EN CAS D'HOSPITALISATION SUPERIEURE A 48 HEURES DU BENEFICIAIRE	
Garde des enfants âgés de moins de 16 ans	
- Garde à Domicile OU,	20 heures maximum réparties sur 2 jours maximum 150 € maximum pour les frais de déplacement de la personne en charge de la garde des enfants
- Transfert chez un Proche habitant dans la Zone de résidence du Bénéficiaire OU,	1 Titre de transport par enfant
- Transfert d'un Proche au Domicile du Bénéficiaire OU,	1 Titre de transport
- L'accompagnement des enfants à l'école	10 allers/retours par Evènement dans un rayon de 25 Km maximum du Domicile et de 500 TTC pour l'ensemble des enfants
Garde des Animaux de compagnie	Pendant 15 jours calendaires suivant le début ou la fin de l'Hospitalisation, dans la limite de 230 € TTC par Evènement
PRESTATION ACCESSIBLE EN CAS D'HOSPITALISATION SUPERIEURE A 5 JOURS DE L'ADHERENT AGE DE PLUS DE 65 ANS	
Téléassistance	Frais de mise en service 1 mois d'abonnement
PRESTATIONS ACCESSIBLES EN CAS DE DECES DU BENEFICIAIRE	
Avance des frais d'inhumation	1 000 € maximum par Evènement
Garde des enfants âgés de moins de 16 ans	
- Garde à Domicile OU,	20 heures maximum réparties sur 2 jours maximum 150 € maximum pour les frais de déplacement de la personne en charge de la garde des enfants
- Transfert chez un Proche habitant dans la Zone de résidence du Bénéficiaire OU,	1 Titre de transport par enfant
- Transfert d'un Proche au Domicile du Bénéficiaire.	1 Titre de transport
Aide à domicile	10 heures maximum réparties sur les 15 premiers jours maximum à compter de la date du décès

E. MISE EN ŒUVRE DES PRESTATIONS D'ASSISTANCE VISEES AU CHAPITRE C

1. DELIVRANCE DES PRESTATIONS

FILASSISTANCE est accessible **24 heures sur 24, 7 jours sur 7** et met en œuvre les prestations garanties, après accord préalable, **du lundi au vendredi de 9 heures à 18 heures (hors jours fériés)**. En cas de rapatriement de corps prévu par les garanties d'assistance, FILASSISTANCE met en œuvre cette prestation **24 heures sur 24, 7 jours sur 7**.

Le Bénéficiaire ou son entourage doivent impérativement contacter FILASSISTANCE, au numéro de téléphone indiqué au début de la notice, préalablement à toute intervention, dans un délai de cinq (5) jours suivant l'évènement qui donne lieu au bénéfice des présentes garanties, en précisant le numéro de contrat **FIC20SAN0038**. Le Bénéficiaire obtiendra, lors de cet appel, un numéro de dossier qui seul justifiera une prise en charge de la part de FILASSISTANCE.

À défaut de respecter cet accord préalable et ce délai, **aucune dépense effectuée d'autorité par le Bénéficiaire (ou son entourage) ne sera remboursée.**

En cas d'accident ou d'urgence médicale, le premier réflexe doit être d'appeler les pompiers, le SAMU ou le médecin traitant.

Les prestations qui n'auront pas été utilisées par le Bénéficiaire lors de la durée de la garantie, excluent un remboursement à posteriori ou une indemnité compensatoire.

2. REGLEMENT DES PRESTATIONS

Pour obtenir le remboursement des dépenses ayant reçu l'accord préalable de FILASSISTANCE, le Bénéficiaire ou la personne ayant engagé les frais devra obligatoirement adresser toute pièce justificative originale que FILASSISTANCE jugerait utile.

Le règlement des prestations interviendra dans un délai de quinze (15) jours ouvrés suivant la réception desdites pièces par FILASSISTANCE, sauf contestation notifiée à la personne concernée.

Ce règlement sera versé soit au Bénéficiaire, soit à la personne ayant engagé les frais.

3. CONDITIONS D'ORDRE MEDICAL

Le choix des moyens à mettre en œuvre pour répondre à une demande d'assistance, relève de la décision de l'équipe médicale de FILASSISTANCE, qui recueille si nécessaire, l'avis du médecin traitant.

Les montants de prise en charge, la durée de mise en œuvre des prestations d'assistance ainsi que le nombre d'heures mentionnées dans les garanties ne sont pas forfaitaires.

La durée de mise en œuvre des garanties est déterminée en fonction de l'état de santé et/ou de la situation de famille du Bénéficiaire, par l'équipe médicale de FILASSISTANCE.

Afin de permettre à l'équipe médicale de FILASSISTANCE de prendre sa décision, cette dernière se réserve la possibilité de demander au Bénéficiaire de fournir toute pièce médicale originale qui justifie l'évènement qui le conduit à sa demande d'assistance.

Les pièces médicales devront être adressées **sous pli confidentiel** à l'attention du service médical de FILASSISTANCE.

4. CONDITIONS SPECIFIQUES AUX PRESTATIONS D'ASSISTANCE INFORMATIONS

Les prestations d'informations sont délivrées uniquement par téléphone **du lundi au vendredi de 9h00 à 18h00 (hors jours fériés)** sur simple appel du Bénéficiaire. En aucun cas, les réponses aux demandes d'informations ne feront l'objet d'une confirmation écrite.

FILASSISTANCE s'engage à fournir une réponse dans **un délai maximal de 72 heures ouvrées.**

La responsabilité de FILASSISTANCE ne pourra en aucun cas être recherchée en cas :

- D'interprétation inexacte du ou des renseignements que le Bénéficiaire aura obtenu(s),
- Des difficultés qui pourraient surgir ultérieurement du fait d'une utilisation inappropriée ou abusive, par le Bénéficiaire, des informations communiquées.

Les prestations d'informations relatives à la santé ont pour objet d'écouter, d'informer et d'orienter le Bénéficiaire et, en aucun cas, elles

n'ont vocation à remplacer le médecin traitant. **Les informations fournies ne peuvent se substituer à une consultation médicale et ne peuvent donner lieu à une quelconque prescription.**

Les informations seront toujours données dans le respect de la déontologie médicale (confidentialité et respect du secret médical).

En cas d'urgence médicale, le Bénéficiaire doit appeler en priorité son médecin traitant, les pompiers ou les services médicaux d'urgence (SAMU 15).

Les prestations d'information juridique dispensées par FILASSISTANCE ne peuvent se substituer aux intervenants habituels tels qu'avocats, notaires, etc.

Le contenu de l'information juridique délivrée est purement documentaire : **il ne peut excéder le champ défini par l'article 66-1 de la Loi n° 71-1130 du 31 décembre 1971 et ne pourra en aucun cas consister à donner des consultations juridiques.**

La validité des informations communiquées s'apprécie au moment de l'appel du Bénéficiaire. FILASSISTANCE ne pourra pas être tenue responsable de la caducité des informations communiquées qui résulterait de l'évolution de la réglementation postérieure à cet appel.

Sont exclues de la garantie les demandes d'information ne relevant pas du droit français.

5. CONDITIONS D'AVANCE DE FRAIS

Dans le cadre de certaines garanties stipulées dans la présente convention, FILASSISTANCE peut verser au Bénéficiaire, à sa demande, une avance de fonds afin de lui permettre de faire face à certaines dépenses imprévues.

5.1. Conditions préalables au versement de l'avance par Filassistance

À titre de garantie de remboursement par le Bénéficiaire de l'avance consentie, FILASSISTANCE adressera un certificat d'engagement au Bénéficiaire qui devra le renvoyer dûment complété et signé par ses soins à FILASSISTANCE. L'avance sera mise en œuvre après réception dudit certificat d'engagement par FILASSISTANCE.

Le Bénéficiaire devra joindre au certificat d'engagement transmis à FILASSISTANCE un chèque certifié ou un chèque de banque.

5.2. Délai de remboursement de l'avance à Filassistance

Le Bénéficiaire s'engage à rembourser à FILASSISTANCE la somme avancée par cette dernière **dans un délai de 3 mois à compter de la date de l'avance.**

5.3. Sanctions

A défaut de remboursement dans le délai de 3 mois, la somme deviendra immédiatement exigible et FILASSISTANCE pourra, sans mise en demeure préalable, prendre toutes mesures susceptibles d'en assurer le recouvrement.

F. EXCLUSIONS COMMUNES A TOUTES LES GARANTIES

FILASSISTANCE ne peut se substituer aux organismes locaux d'urgence, ni prendre en charge les frais consécutifs à leur intervention.

Les prestations qui n'auront pas été utilisées par le Bénéficiaire lors de la durée de la garantie excluent un remboursement à posteriori ou une indemnité compensatoire.

Sont exclues et n'entraînent aucune prestation de la part de FILASSISTANCE les conséquences :

- des états de grossesse et leurs complications (à l'exception des séjours en maternité pour grossesse pathologique supérieure à 8 jours) ;
- des Hospitalisations aux fins de soins de suite et de réadaptation ;
- des maladies ou troubles mentaux comprenant les troubles anxieux et anxio-dépressifs, les syndromes dépressifs, les dépressions et autres névroses, les psychoses, et les troubles de la personnalité et du comportement ;
- des états pathologiques faisant suite à une Interruption volontaire de Grossesse ou une Procréation Médicalement Assistée ;
- de toute intervention médicale volontaire pour convenance personnelle (chirurgie esthétique notamment) ;
- des frais engagés sans l'accord préalable de FILASSISTANCE ;

- des frais téléphoniques engagés par le Bénéficiaire ;
- du fait intentionnel d'un Bénéficiaire ;
- des états résultant de l'usage abusif d'alcool (alcoolémie constatée supérieure au taux fixé par l'article R234-1, I-1° du Code de la route), de l'usage ou de l'absorption de médicaments, drogues, stupéfiants et produits assimilés non prescrits médicalement ;
- de la participation d'un Bénéficiaire, en tant que concurrent, à toute épreuve sportive de compétition ou à des épreuves d'endurance ou de vitesse et à leurs essais préparatoires, à bord de tout engin de locomotion terrestre, nautique ou aérien (à moteur ou non) ainsi que la pratique des sports de neige ou de glace à titre non amateur ;
- de l'explosion d'engins et d'effets nucléaires radioactifs ;
- de guerre civile ou étrangère, d'émeutes, de grèves, de pirateries, d'interdictions officielles, de saisies, de terrorisme, d'attentats, d'enlèvements, de séquestrations, de prises d'otages ou contraintes par la force publique, tels que visés à l'article L121-8 alinéa 2 du Code des assurances ; de la participation volontaire du Bénéficiaire à un acte de terrorisme, de sabotage, un crime ou un délit, un rixe, un pari ou un défi ;
- de toute restriction à la libre circulation des personnes ;
- des cataclysmes naturels ;
- des épidémies, de tout risque infectieux ou chimique ;
- des dommages causés par des explosifs que le Bénéficiaire peut détenir ;
- la tentative de suicide ou le suicide d'un Bénéficiaire survenu au cours de la 1^{ère} année suivant l'adhésion .

G. GENERALITES

1. SUBROGATION

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

Le Bénéficiaire doit informer FILASSISTANCE de l'exercice d'un recours, d'une procédure pénale ou civile, dont il a connaissance, contre l'auteur présumé du dommage dont il a été victime.

2. INFORMATIQUE ET LIBERTES

Conformément à la Loi « Informatique et Libertés » modifiée, la collecte des données à caractère personnel des Bénéficiaires est nécessaire pour la gestion du contrat d'assistance par FILASSISTANCE et ses prestataires.

Les informations recueillies auprès des Bénéficiaires, lors d'une demande d'assistance font l'objet d'un traitement ayant pour finalités : la passation, la gestion et l'exécution des contrats d'assistance ; l'élaboration de statistiques notamment commerciales, d'activité et actuarielles ; l'exercice des recours et la gestion des réclamations et contentieux ; l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur notamment la lutte anti-blanchiment, contre le financement du terrorisme et contre la fraude ; les enquêtes qualité ; l'amélioration du service au client ; la gestion des avis des personnes sur les produits et services.

Les destinataires de ces données personnelles, sont, dans le strict cadre des finalités énoncées ci-dessus : les personnels dûment habilités de FILASSISTANCE, de leurs prestataires, partenaires, sous-traitants, réassureurs et, s'il y a lieu, les organismes sociaux des personnes impliquées, les intermédiaires d'assurance, ainsi que les personnes intéressées au contrat.

Les informations personnelles de l'Adhérent pourront éventuellement faire l'objet de transferts vers des prestataires ou des sous-traitants établis dans des pays situés hors de l'Union Européenne pour l'exécution des prestations d'assistance.

Dans le cadre de la gestion du contrat d'assistance, FILASSISTANCE, ses prestataires et sous-traitants peuvent être amenés à collecter auprès des Bénéficiaires des données de santé. Ces données de santé sont collectées aux fins de mise en œuvre des garanties demandées. Elles pourront être communiquées exclusivement pour cette finalité aux prestataires ou sous-traitants qui s'engagent à veiller au respect de la confidentialité des données qui leur sont transmises compte tenu de leur sensibilité.

Les données des Bénéficiaires seront conservées durant toute la vie du contrat, jusqu'au 31 Décembre de l'année civile suivant l'expiration à la fois des délais de prescription légaux et des délais prévus par les différentes obligations de conservation imposées par la réglementation. Les Bénéficiaires disposent d'un droit d'accès, de rectification et d'effacement de leurs données personnelles.

Les Bénéficiaires disposent également du droit de prévoir des directives relatives au sort de leurs données à caractère personnel après leur décès. Sous certaines conditions réglementaires, les Bénéficiaires peuvent faire l'exercice du droit d'opposition ou de limitation du traitement de leurs données personnelles, toutefois, toute opposition ou refus pourra empêcher l'exécution des présentes garanties.

Les Bénéficiaires peuvent exercer ces différents droits en se rendant sur www.filassistance.fr ou en contactant directement le service DPD par courrier (FILASSISTANCE INTERNATIONAL - Délégué à la Protection des Données, 108 Bureaux de la Colline, 92213 Saint-Cloud Cedex) ou par courriel (dpo@filassistance.fr).

Les Bénéficiaires peuvent également demander la portabilité des données qu'ils ont transmises lorsqu'elles étaient nécessaires au contrat.

Les Bénéficiaires pourront adresser ses réclamations touchant à la collecte ou au traitement de leurs données à caractère personnel au service du Délégué à la Protection des Données, dont les coordonnées ont été précisées ci-dessus. En cas de désaccord persistant, les Bénéficiaires ont la possibilité de saisir la CNIL à l'adresse suivante : Commission Nationale Informatique et Libertés, 3 place de Fontenoy 75007 Paris, <https://www.cnil.fr/fr/vous-souhaitez-contacter-la-cnil>, 01 53 73 22 22.

3. RESPONSABILITE

FILASSISTANCE s'engage à mobiliser tous les moyens d'action dont elle dispose pour effectuer l'ensemble des prestations d'assistance prévues à la présente Notice. A ce titre, FILASSISTANCE est tenue d'une obligation de moyens dans la réalisation des prestations d'assistance garanties et il appartiendra au Bénéficiaire, de prouver la défaillance de FILASSISTANCE.

FILASSISTANCE est seule responsable vis-à-vis du Bénéficiaire, du défaut ou de la mauvaise exécution des prestations d'assistance. A ce titre, FILASSISTANCE sera responsable des dommages directs, quelle qu'en soit la nature, à l'égard du Bénéficiaire, pouvant survenir de son propre fait ou du fait de ses préposés.

Les dommages directs susvisés s'entendent de ceux qui ont un lien de causalité direct entre une faute de FILASSISTANCE et un préjudice du Bénéficiaire.

En tout état de cause, FILASSISTANCE ne sera pas responsable d'un manquement à ses obligations qui sera la conséquence d'une cause étrangère (cas de force majeure tel que défini à l'article 1218 du Code civil et apprécié par la jurisprudence de la Cour de cassation) ; fait de la victime ou fait d'un tiers ; insuffisance ou indisponibilité temporaire de prestataires localement ; évènements climatiques tels que tempêtes ou ouragans ; toute intervention initiée et/ou organisée à un niveau étatique ou interétatique pour toute autorité ou organisme gouvernemental ou non.

4. AUTORITE DE CONTROLE

FILASSISTANCE est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), située au 4 place de Budapest – CS 92459 – 75436 PARIS CEDEX 09.

5. RECLAMATIONS

Sans préjudice du droit d'engager une action en justice pour le Bénéficiaire, toute réclamation portant sur le traitement d'une demande d'assistance (délai, qualité, contenu prestation fournie, etc.) pourra être formulée dans un premier temps :

- auprès du service qui a traité cette demande par téléphone au numéro non surtaxé indiqué au début de la notice,
- par courrier à l'adresse suivante : FILASSISTANCE - Service Réclamations, 108, Bureaux de la Colline, 92213 SAINT-CLOUD CEDEX,
- par mail à qualite@filassistance.fr,
- sur le site internet www.filassistance.fr via le formulaire de contact accessible dans la rubrique « Contactez-nous ».

FILASSISTANCE adressera un accusé de réception dans un délai de dix (10) jours ouvrables à compter de la réception de la réclamation, sauf si une réponse peut être communiquée au Bénéficiaire dans ce délai.

A défaut, une réponse sera apportée dans un délai de deux (2) mois à compter de la date de réception de la réclamation sauf en cas de survenance de circonstances particulières induisant un délai de traitement plus long, ce dont le Bénéficiaire sera informé.

Si le désaccord persiste, le Bénéficiaire pourra soit saisir les tribunaux compétents, soit saisir gratuitement le Médiateur de l'Assurance en adressant sa demande :

- par courrier à l'adresse suivante : Médiation de l'Assurance TSA 50110 - 75441 Paris Cedex 09,
- sur le site internet www.mediation-assurance.org.

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

6. PRESCRIPTION

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

- Délai de prescription

Article L.114-1 :

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

Toutefois, ce délai ne court :

- 1) en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'assuré 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'assurances contre les accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants-droits de l'assuré décédé.

Pour les contrats d'assurance vie, nonobstant les dispositions du 2^e alinéa ci-dessus, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès de l'assuré.

- Causes d'interruption de la prescription

Article L.114-2 :

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre.

L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique, avec accusé de réception, adressés par l'assureur à l'assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'assuré à l'assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

- Caractère d'ordre public de la prescription

Article L.114-3 :

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

- Causes ordinaires d'interruption de la prescription :

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

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

Article 2240 du Code civil

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

- Demande en justice

Article 2241 du Code civil

La demande en justice, même en référé, interrompt le délai de prescription ainsi que le délai de forclusion.

Il en est de même lorsqu'elle est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure.

Article 2242 du Code civil

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

Article 2243 du Code civil

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

- Etendue 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 les 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 les héritiers.

Article 2246 du Code civil

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

- Causes de report et de suspension de la prescription

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

Article 2233 du Code civil

La prescription ne court pas :

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

Article 2234 du Code civil

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

Article 2235 du Code civil

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

Article 2236 du Code civil

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

Article 2237 du Code civil

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

Article 2238 du Code civil

La prescription est suspendue à compter du jour où, après la survenance d'un litige, les parties conviennent de recourir à la médiation ou à la conciliation ou, à défaut d'accord écrit, à compter du jour de la première réunion de médiation ou de conciliation. La prescription est également suspendue à compter de la conclusion d'une convention de procédure participative ou à compter de l'accord du débiteur constaté par l'huissier de justice pour participer à la procédure prévue à l'article L. 125-1 du Code des procédures civiles d'exécution.

Le délai de prescription recommence à courir, pour une durée qui ne peut être inférieure à six mois, à compter de la date à laquelle soit l'une des

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

Article 2239 du Code civil

La prescription est également suspendue lorsque le juge fait droit à une demande de mesure d'instruction présentée avant tout procès.

Le délai de prescription recommence à courir, pour une durée qui ne peut être inférieure à six mois, à compter du jour où la mesure a été exécutée.

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

- Saisine du médiateur

Il est également prévu que la prescription de deux (2) ans sera suspendue en cas de médiation ou de conciliation entre les Parties (article 2238 du Code civil).

7. FAUSSE DECLARATION

Toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle de la part de l'Adhérent personne physique ou de l'Adhérent personne morale entraîne la nullité de son adhésion conformément aux dispositions de l'article L113-8 du Code des assurances. La garantie cesse alors immédiatement.

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

En revanche, l'omission ou la déclaration inexacte de la part de l'Adhérent personne physique ou de l'Adhérent personne morale dont la mauvaise foi n'est pas établie, n'entraîne pas la nullité de son adhésion, conformément aux dispositions de l'article L113-9 du Code des assurances.

Si l'omission ou la déclaration inexacte est constatée 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.

8. LOI APPLICABLE ET JURIDICTION COMPETENTE

La présente Notice est régie par le droit français.

En cas de litige portant sur la présente Notice et à défaut d'accord amiable, il sera fait expressément attribution de juridiction près les tribunaux dans le ressort desquels se situe le domicile du Bénéficiaire.

ADLP Assurances, 3 rue Henri Rol-Tanguy, 93100 Montreuil, SAS au capital de 3 117 594 €, RCS Bobigny 799 342 118, immatriculée à l'Orias sous le N° ORIAS 14001699.

FILASSISTANCE INTERNATIONAL, 108 Bureaux de la Colline, 92213 SAINT-CLOUD Cedex, Société Anonyme au capital de 4 100 000 €, RCS de Nanterre sous le n° 433 012 689.

Entreprises régies par le Code des assurances et soumises au contrôle de l'ACPR, 4 Place de Budapest, CS 92459, 75436 Paris Cedex 09. RC professionnelle et garantie financière conformes aux articles L512-6 et L512-7 du Code des assurances.