

CEGEMA EQUILIBRE

COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

& Garantie Assistance



DOSSIER D'ADHÉSION

NOTICES D'INFORMATION

CONVENTION D'ASSISTANCE

CEGEMA   

Siège social : 679, avenue du Docteur Lefebvre | BP 189 | 06272 Villeneuve-Loubet Cedex | www.cegema.com | S.A. de gestion et de courtage d'assurance au capital de 313 800 euros | ORIAS n° 07 001 328 - www.orias.fr | RCS Antibes B 378 966 485 | Cegema exerce comme courtier en assurance conformément aux dispositions de l'article L521-2 II 1° b du Code des assurances | Soumis au contrôle de l'ACPR, 4 place de Budapest - 75436 Paris Cedex 9

Assureur : L'EQUITE | Société appartenant au Groupe Generali, immatriculée sur le registre italien des groupes d'assurances sous le numéro 026 | Société Anonyme au capital de 26 469 320 euros | Entreprise régie par le Code des assurances | Siège Social : 2 rue Pillet-Will - 75009 Paris | RCS Paris B 572 084 697

Association souscriptrice : GPMA (Groupement Prévoyance Maladie Accident) - Association régie par la loi du 1er juillet 1901 | 75447 Paris Cedex 09

Assistance : AWP P&C SA au capital de 17 287 285 euros - régie par le Code des assurances - RCS Bobigny 519 490 080 | Siège social : 7, rue Dora Maar – 93400 Saint-Ouen

Les prestations d'assistance de la convention et de la téléconsultation sont mises en oeuvre par AWP FRANCE SAS - SAS au capital de 7 584 076,86 € -

490 381 753 RCS Bobigny - Siège social : 7, rue Dora Maar – 93400 Saint-Ouen - Société de courtage d'assurances - Inscription ORIAS 07 026 669 - <http://www.orias.fr/>, ci-après désignée sous le nom commercial "Mondial Assistance"

Sommaire général

DOCUMENT D'INFORMATION SUR LE PRODUIT D'ASSURANCE (FICHE IPID SANTÉ)	2
DOCUMENT D'INFORMATION SUR LE PRODUIT D'ASSURANCE (FICHE IPID HONORAIRES+)	4
DOCUMENT D'INFORMATION TAUX DE REDISTRIBUTION	6
TABLEAU DES GARANTIES	7
EXEMPLES DE REMBOURSEMENTS	9
NOTICE D'INFORMATION SANTÉ	12
NOTICE D'INFORMATION HONORAIRES+	27
CONVENTION D'ASSISTANCE	40
DÉCLARATION DE CONFIDENTIALITÉ	50
STATUTS GPMA	53

Assurance Complémentaire Santé

Document d'information sur le produit d'assurance

CEGEMA intermédiaire en assurances 378 966 485 RCS Antibes, immatriculé à l'ORIAS numéro 07 001 328 (www.orias.fr)

Assureur : l'EQUITE, entreprise régie par le Code des assurances – B 572 084 697 RCS Paris, Société appartenant au Groupe GENERALI, immatriculée sur le registre italien des groupes d'assurances sous le numéro 026.

AWP P&C - SA au capital de 17 287 285 € - 519 490 080 RCS Bobigny, Entreprise d'assurances immatriculée en France et régie par le Code des assurances.

Produit : CEGEMA EQUILIBRE

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

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

Le produit « CEGEMA EQUILIBRE » est un produit d'Assurance Complémentaire Santé.

En cas d'accident, de maladie ou de maternité, il est destiné à rembourser tout ou partie des frais de santé restant à la charge de l'assuré et des éventuels bénéficiaires, après l'intervention de son Régime Obligatoire d'assurance maladie et, dans certains cas, des frais non remboursés par ce dernier.

Le produit « CEGEMA EQUILIBRE » est « solidaire » car il ne prévoit pas de questionnaire d'état de santé et son tarif ne dépend pas de l'état de santé de l'assuré. Il est également « responsable », car il respecte les obligations et interdictions de prise en charge fixées par la législation.



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 des garanties. Ils ne peuvent être plus élevés que les dépenses engagées, et une somme peut rester à la charge de l'assuré.

LES GARANTIES SYSTEMATIQUEMENT PREVUES

- ✓ **Hospitalisation** : Frais de séjour, Forfait journalier hospitalier, Chirurgie et anesthésie, Frais de transport, Hospitalisation à domicile, Frais de séjour pris en charge par le RO, Chambre particulière, Frais d'accompagnant, TV, Internet, Téléphone ;
- ✓ **Soins courants** : Honoraires Médicaux, Honoraires paramédicaux, Auxiliaires médicaux, laboratoire, Actes techniques médicaux, Imagerie et biologie médicale, Médicaments remboursés par la Sécurité sociale à 65%, 30% et 15%, vaccins remboursés par le RO, médicaments prescrits et non remboursés par la Sécurité sociale, matériel médical, cures thermales, médecine complémentaire non prises en charge par le RO.
- ✓ **Optique** : Monture et verres pris en charge par le Régime Obligatoire, lentilles prises en charge par le Régime Obligatoire, Forfait complémentaire équipement hors 100% Santé, lentilles non remboursées par le RO, chirurgie réfractive ;
- ✓ **Dentaire** : Soins dentaires, inlays-onlays, parodontologie, prothèses dentaires, inlay core, implantologie, orthodontie remboursée par le RO, actes dentaires non remboursés par le RO ;
- ✓ **Aides auditives** : aides auditives 100% Santé et hors 100% Santé, entretien et pile.

ASSISTANCE SANTE SYSTEMATIQUEMENT PREVUE

- ✓ **Hospitalisation** : aide-ménagère, auxiliaire de vie, garde d'enfant, transport non médicalisé, conduite des enfants à l'école, prestations de bien-être à domicile, assistance psychologique...
- ✓ **Autres** : conseil social, téléconsultation, téléassistance.

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



Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ Les soins reçus en dehors de la période de validité du contrat ;
- ✗ Les indemnités versées en complément de la sécurité sociale en cas d'arrêt de travail ;
- ✗ Les frais relatifs à des séjours en établissement médico-social, services ou unités de soins de longue durée (USLD), maison de retraite, logements foyers pour personnes âgées, cures médicales spécialisées ou non.

Cette liste n'est pas exhaustive.



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

PRINCIPALES EXCLUSIONS

- ! La contribution forfaitaire et la franchise médicale prévues aux articles II et III de l'article L. 160-13 du Code de la Sécurité sociale.
- ! 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 & Confort Hospi** : limité à 30 jours / an
- ! **Optique** : Prise en charge limitée à un équipement tous les deux ans, réduite à un an pour un mineur ou en cas d'évolution de la vue.
- ! **Aides auditives** : Prise en charge limitée à un équipement tous les quatre ans.

Cette liste n'est pas exhaustive.



Où suis-je couvert(e) ?

- ✓ La garantie du contrat s'exerce en France. Elle s'étend aux accidents, aux maladies et aux hospitalisations survenus à l'étranger lorsque le régime obligatoire de l'Assuré s'applique ;
- ✓ Dans le 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. Les séjours à l'étranger ne doivent pas dépasser trois mois par an.



Quelles sont mes obligations ?

SOUS PEINE DE SUSPENSION DES GARANTIES, VOUS DEVEZ,

Lors de l'adhésion du contrat :

- Remplir avec exactitude la demande d'adhésion fournie par l'assureur,
- Adhérer à l'Association GPMA,
- Relever du Régime Obligatoire d'Assurance Maladie Français,
- Fournir tous documents justificatifs demandés par l'assureur,
- Être âgé à la date de signature de la demande d'adhésion de 18 ans minimum et de 99 ans maximum.

En cours de vie du contrat :

- Régler la cotisation (ou fraction de cotisation) indiquée au contrat,
 - Informer l'assureur des événements suivants, dans les 15 (quinze) jours qui suivent leur connaissance : changement d'état civil, cessation ou changement d'affiliation au Régime Obligatoire, changement de domicile, départ hors de France métropolitaine, cessation de qualité d'ayant droit, changement de profession ou une cessation d'activité professionnelle.
- Ces changements peuvent dans certains cas entraîner la modification du contrat et de la cotisation.

En cas de sinistre :

- Faire parvenir tous documents justificatifs nécessaires au paiement des prestations prévues au contrat ;
- Faire parvenir les demandes de remboursements à l'assureur dans un délai maximum de 2 ans suivant la date de remboursement des soins de votre Sécurité sociale.



Quand et comment effectuer les paiements ?

- Les cotisations sont payables d'avance annuellement, à la date indiquée au contrat, auprès de votre centre de gestion Cegema dans les dix jours à compter de l'échéance.
- Un paiement fractionné (mensuel, trimestriel ou semestriel) peut toutefois être accordé au choix.
- Les paiements peuvent être effectués par chèque (sauf en fractionnement mensuel et trimestriel) ou par prélèvement automatique.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

- La date d'effet du contrat est définie d'un commun accord et est indiquée au certificat d'adhésion. Cette date est toujours postérieure à la date de la demande d'adhésion.
- En cas de contrat conclu à distance ou en cas de démarchage à domicile, l'assuré dispose d'un délai de rétractation de 14 jours qui commence à courir à compter de la conclusion du contrat, ou à compter de la réception de l'ensemble de la documentation contractuelle si celle-ci est postérieure à la date de conclusion du contrat.
- **Le contrat est conclu pour une durée initiale d'un an et se renouvelle automatiquement d'année en année à sa date anniversaire.**
- **La couverture prend fin au jour de la résiliation du contrat quelle qu'en soit la cause et quelle que soit la partie qui en est à l'origine.**



Comment puis-je résilier le contrat ?

Vous pouvez mettre fin au contrat :

- A l'expiration d'un délai d'un an, en adressant une notification à l'assureur au moins deux mois avant la date d'échéance de ce contrat, dans les conditions prévues à l'article L113-14 du code des assurances. Au-delà d'un an, vous pouvez résilier le contrat à tout moment dans les mêmes conditions. Dans ce cas, la résiliation prend effet un mois après que l'assureur en ait reçu notification.
- En cas de révision des cotisations ou des garanties, en nous adressant une lettre recommandée (ou un envoi recommandé électronique) dans les 30 jours qui suivent la date de notification de la modification.

CEGEMA

Siège social : 679, avenue du Docteur Lefebvre | BP 189 | 06272 Villeneuve-Loubet Cedex | www.cegema.com | S.A. de gestion et de courtage d'assurance au capital de 313 800 euros | ORIAS n° 07 001 328 - www.orias.fr | RCS Antibes B 378 966 485 | Cegema exerce comme courtier en assurance conformément aux dispositions de l'article L521-2 II 1° b du Code des assurances | Soumis au contrôle de l'ACPR, 4 place de Budapest - 75436 Paris Cedex 9

Assureur : L'EQUITE | Société appartenant au Groupe Generali, immatriculée sur le registre italien des groupes d'assurances sous le numéro 026 | Société Anonyme au capital de 26 469 320 euros | Entreprise régie par le Code des assurances | Siège Social : 2 rue Pillet-Will - 75009 Paris | RCS Paris B 572 084 697

Assurance Complémentaire Santé

Document d'information sur le produit d'assurance

CEGEMA intermédiaire en assurances 378 966 485 RCS Antibes, immatriculé à l'ORIAS numéro 07 001 328 (www.orias.fr)

Assureur : l'EQUITE, entreprise régie par le Code des assurances – B 572 084 697 RCS Paris, Société appartenant au Groupe GENERALI, immatriculée sur le registre italien des groupes d'assurances sous le numéro 026.

AWP P&C - SA au capital de 17 287 285 € - 519 490 080 RCS Bobigny, Entreprise d'assurances immatriculée en France et régie par le Code des assurances.

Produit : CEGEMA EQUILIBRE – HONORAIRES+

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

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

Le produit « HONORAIRES+ » est un contrat complémentaire au contrat CEGEMA EQUILIBRE.

Il garantit le remboursement des honoraires médicaux et chirurgicaux des médecins n'ayant pas souscrit à l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée OPTAM ou OPTAM-CO, suite à maladie, accident, ou hospitalisation, dans la limite des garanties souscrites. La garantie intervient en complément de la Sécurité sociale et des garanties CEGEMA EQUILIBRE souscrites.

Le contrat est « solidaire » : aucun questionnaire médical n'est demandé lors de l'adhésion. Le contrat est « non responsable » : il n'est pas éligible au régime fiscal prévu par l'article 154 bis du code général des impôts (loi Madelin).



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 des garanties. Ils ne peuvent être plus élevés que les dépenses engagées, et une somme peut rester à la charge de l'assuré.

LES GARANTIES SYSTEMATIQUEMENT PREVUES

- ✓ **Hospitalisation** : Honoraires des médecins n'ayant pas souscrit à l'OPTAM/OPTAM-CO.
- ✓ **Soins courants** : Honoraires des médecins (Médecins généralistes, spécialistes), Radiologie, Imagerie, Echographie, Actes de spécialité et actes techniques médicaux (ATM) n'ayant pas souscrit à l'OPTAM/OPTAM-CO.

ASSISTANCE SANTE SYSTEMATIQUEMENT PREVUE

- ✓ **Hospitalisation** : aide-ménagère, auxiliaire de vie, garde d'enfant, transport non médicalisé, conduite des enfants à l'école, prestations de bien-être à domicile, assistance psychologique...
- ✓ **Autres** : conseil social, téléconsultation, téléassistance.

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



Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ Les soins reçus en dehors de la période de validité du contrat ;
- ✗ Les indemnités versées en complément de la sécurité sociale en cas d'arrêt de travail ;
- ✗ Les frais relatifs à des séjours en établissement médico-social, services ou unités de soins de longue durée (USLD), maison de retraite, logements foyers pour personnes âgées, cures médicales spécialisées ou non.

Cette liste n'est pas exhaustive.



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

PRINCIPALES EXCLUSIONS

- ! La contribution forfaitaire et la franchise médicale prévues au II et III de l'article L.160-13 du Code de la Sécurité Sociale.
- ! La majoration du ticket modérateur et des dépassements d'honoraires si les dépenses de santé sont réalisées en dehors du parcours de soins.
- ! Les dépassements d'honoraires au-delà de la limite fixée réglementairement pour les médecins n'adhérant pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée.

Cette liste n'est pas exhaustive.



Où suis-je couvert(e) ?

- ✓ La garantie du contrat s'exerce en France. Elle s'étend aux accidents, aux maladies et aux hospitalisations survenus à l'étranger lorsque le régime obligatoire de l'Assuré s'applique ;
- ✓ Dans le 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. Les séjours à l'étranger ne doivent pas dépasser trois mois par an.



Quelles sont mes obligations ?

SOUS PEINE DE SUSPENSION DES GARANTIES, VOUS DEVEZ,

Lors de l'adhésion du contrat :

- Remplir avec exactitude la demande d'adhésion fournie par l'assureur,
- Adhérer à l'Association GPMA,
- Relever du Régime Obligatoire d'Assurance Maladie Français,
- Fournir tous documents justificatifs demandés par l'assureur,
- Être âgé à la date de signature de la demande d'adhésion de 18 ans minimum et de 99 ans maximum.

En cours de vie du contrat :

- Régler la cotisation (ou fraction de cotisation) indiquée au contrat,
 - Informer l'assureur des événements suivants, dans les 15 (quinze) jours qui suivent leur connaissance : changement d'état civil, cessation ou changement d'affiliation au Régime Obligatoire, changement de domicile, départ hors de France métropolitaine, cessation de qualité d'ayant droit, changement de profession ou une cessation d'activité professionnelle.
- Ces changements peuvent dans certains cas entraîner la modification du contrat et de la cotisation.

En cas de sinistre :

- Faire parvenir tous documents justificatifs nécessaires au paiement des prestations prévues au contrat ;
- Faire parvenir les demandes de remboursements à l'assureur dans un délai maximum de 2 ans suivant la date de remboursement des soins de votre Sécurité sociale.



Quand et comment effectuer les paiements ?

- Les cotisations sont payables d'avance annuellement, à la date indiquée au contrat, auprès de votre centre de gestion Cegema dans les dix jours à compter de l'échéance.
- Un paiement fractionné (mensuel, trimestriel ou semestriel) peut toutefois être accordé au choix.
- Les paiements peuvent être effectués par chèque (sauf en fractionnement mensuel et trimestriel) ou par prélèvement automatique.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

- La date d'effet du contrat est définie d'un commun accord et est indiquée au certificat d'adhésion. Cette date est toujours postérieure à la date de la demande d'adhésion.
- En cas de contrat conclu à distance ou en cas de démarchage à domicile, l'assuré dispose d'un délai de rétractation de 14 jours qui commence à courir à compter de la conclusion du contrat, ou à compter de la réception de l'ensemble de la documentation contractuelle si celle-ci est postérieure à la date de conclusion du contrat.
- **Le contrat est conclu pour une durée initiale d'un an et se renouvelle automatiquement d'année en année à sa date anniversaire.**
- **La couverture prend fin au jour de la résiliation du contrat quelle qu'en soit la cause et quelle que soit la partie qui en est à l'origine.**



Comment puis-je résilier le contrat ?

Vous pouvez mettre fin au contrat :

- A l'expiration d'un délai d'un an, en adressant une notification à l'assureur au moins deux mois avant la date d'échéance de ce contrat, dans les conditions prévues à l'article L113-14 du code des assurances. Au-delà d'un an, vous pouvez résilier le contrat à tout moment dans les mêmes conditions. Dans ce cas, la résiliation prend effet un mois après que l'assureur en ait reçu notification.
- En cas de révision des cotisations ou des garanties, en nous adressant une lettre recommandée (ou un envoi recommandé électronique) dans les 30 jours qui suivent la date de notification de la modification.

CEGEMA

Siège social : 679, avenue du Docteur Lefebvre | BP 189 | 06272 Villeneuve-Loubet Cedex | www.cegema.com | S.A. de gestion et de courtage d'assurance au capital de 313 800 euros | ORIAS n° 07 001 328 - www.orias.fr | RCS Antibes B 378 966 485 | Cegema exerce comme courtier en assurance conformément aux dispositions de l'article L521-2 II 1° b du Code des assurances | Soumis au contrôle de l'ACPR, 4 place de Budapest - 75436 Paris Cedex 9

Assureur : L'EQUITE | Société appartenant au Groupe Generali, immatriculée sur le registre italien des groupes d'assurances sous le numéro 026 | Société Anonyme au capital de 26 469 320 euros | Entreprise régie par le Code des assurances | Siège Social : 2 rue Pillet-Will - 75009 Paris | RCS Paris B 572 084 697

Taux de redistribution et taux de frais de gestion

Taux relatif à l'exercice comptable arrêté au 31/12 / 2020 exprimés en pourcentage des primes afférentes aux frais de soins	
Type de taux	Taux 2020
Taux de redistribution (1)	67.50%
Taux de frais de gestion (2)	36.90%

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

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

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

CEGEMA | Siège social : 679, avenue du Docteur Julien Lefebvre | BP 189 | 06272 Villeneuve-Loubet Cedex | S.A. de gestion et de courtage d'assurance au capital de 313 800 euros | ORIAS n° 07 001 328 www.orias.fr | RCS Antibes B 378 966 485 | Cegema exerce comme courtier en assurance conformément aux dispositions de l'article L521-2 II 1°b | Soumis au contrôle de l'ACPR, 4 place de Budapest - 75436 Paris Cedex 9
Assureur : L'EQUITE | Société appartenant au Groupe Generali, immatriculée sur le registre italien des groupes d'assurances sous le numéro 026 | Société Anonyme au capital de 26 469 320 euros | Entreprise régie par le Code des assurances
| Siège Social : 2 rue Pillet-Will - 75009 Paris | RCS Paris B 572 084 697

CEGEMA EQUILIBRE - TABLEAU DES GARANTIES

Les garanties du contrat **CEGEMA EQUILIBRE** décrites ci-dessous respectent l'ensemble des conditions du cahier des charges des contrats dits « responsables et solidaires » mentionnées articles L.871-1, R.871-1 et R.871-2 du Code de la Sécurité sociale modifiés par le décret n°2014-1374 du 18 Novembre 2014 et le décret n°2019-21 du 11 Janvier 2019. De ce fait, elles peuvent bénéficier des aides fiscales et sociales prévues par la législation. Le contrat **CEGEMA EQUILIBRE** s'adapte donc automatiquement à la réforme des soins et équipements à prise en charge renforcée (dite « 100% santé* »).

Elles prévoient le remboursement de vos dépenses de santé occasionnées à la suite d'une maladie, d'un accident ou d'une maternité ayant donné lieu à un remboursement de la Sécurité sociale. Certains frais non pris en charge par la Sécurité sociale peuvent donner lieu à une participation au titre du contrat à la condition qu'il en soit fait mention dans le tableau des garanties ci-dessous. Lorsqu'elles ne sont pas évoquées sous la forme « Remboursement intégral », les garanties sont exprimées sous la forme de forfait (en euro) ou en pourcentage des bases de remboursement de la Sécurité sociale incluant le remboursement de la Sécurité sociale. Elles s'entendent toujours dans la limite des frais réellement engagés et des "Prix Limites de Ventes" (PLV) et "Honoraires Limites de Facturation" (HLF) déterminés par la réglementation en vigueur (a). »

Adapter votre formule de garantie à vos besoins :

5 blocs Soins Courants - Honoraires Médicaux



4 Blocs Hospitalisation - Soins Courants (hors Honoraires) - Optique - Dentaire - Audio



11 combinaisons au choix



		Hospitalisation - Soins courants (hors Honoraires) - Optique - Dentaire - Audio			
		Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4
Soins Courants - Honoraires médicaux	100	✓	✓		
	125	✓	✓	✓	
	150		✓	✓	✓
	175			✓	✓
	200				✓

		Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4
HOSPITALISATION		Délai d'attente de 1 mois : remboursement à 100% sauf en cas de reprise d'un contrat avec garanties équivalentes ou supérieures			
Honoraires	dans le cadre de l'OPTAM ou OPTAM-CO hors OPTAM ou OPTAM-CO ⁽¹⁾	125% 100%	150% 100%	175% 125%	200% 150%
Forfait journalier hospitalier ⁽²⁾		Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral
Frais de séjour	- en hôpital ou clinique, hors secteur psychiatrique ou neuropsychiatrique				
	Secteur conventionné	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral
	Secteur non conventionné	100%	100%	100%	100%
	- en établissement de rééducation, convalescence, réadaptation fonctionnelle ou maison de repos	100%	100%	100%	100%
	- en hôpital ou clinique pour une hospitalisation en secteur psychiatrique ou neuropsychiatrique	100%	100%	100%	100%
Chambre particulière (par jour) ⁽³⁾		40 € / j	50 € / j	60 € / j	80 € / j
Frais accompagnant (ascendant - descendant - collatéraux) - dans la limite de 30 jours par an		20 € / j	20 € / j	20 € / j	30 € / j
Confort hospi : TV, Presse, Internet, Téléphone - dans la limite de 30 jours par an		5 € / j	5 € / j	5 € / j	15 € / j
Hospitalisation à domicile		100%	100%	100%	100%
Transport du malade (sauf maternité et cures)		100%	100%	100%	100%
Hospizen		1) En amont de l'hospitalisation, des conseils médicaux pratiques, administratifs et de bien-être. 2) A tout moment, l'expertise d'une équipe de professionnels de santé pour s'informer sur sa situation individuelle. 3) Un diagnostic personnalisé en fonction de son environnement familial, géographique et socio-économique pour planifier les services à domicile.			
Hospitalisation de plus de 24h ou immobilisation à domicile de plus de 5 jours		Forfait de 300 € pour des services et aide à domicile.			

Services d'Assistance

SÉLECTION MODULABLE selon combinaisons possibles

SOINS COURANTS - Honoraires Médicaux	100	125	150	175	200
- Médecins généraliste et spécialiste					
- Actes de spécialité et actes techniques médicaux (ATM)					
- Radiologie - Imagerie - Echographie					
dans le cadre de l'OPTAM ou OPTAM-CO	100%	125%	150%	175%	200%
hors OPTAM ou OPTAM-CO ⁽¹⁾	100%	100%	125%	150%	175%

	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4
SOINS COURANTS - AUTRES				
Honoraires paramédicaux	125%	150%	175%	200%
Analyses et examens de laboratoire	125%	150%	175%	200%
Allocation Maternité/Adoption				100 €
Médicaments				
- remboursés par la Sécurité sociale à 65%, 30% et 15%	100%	100%	100%	100%
Matériel médical				
- Prothèses orthopédiques, prothèses capillaires, gros et petit appareillage (bas de contention, semelles orthopédiques, orthèses, prothèse capillaire...) remboursés par la Sécurité sociale	125%	150%	175%	200%
Cures thermales				
- Cures thermales remboursées par la Sécurité sociale sur prescription médicale	125%	150%	175%	200%
- Forfait Hébergement et transport				100 €
Médicaments non remboursés & actes de prévention	20 € / an	30 € / an	60 € / an	80 € / an
Actes de Prévention (actes prévus dans le cadre des contrats responsables)	100%	100%	100%	100%
Médecine complémentaire (acupuncteurs, chiropracteurs, diététiciens, étioopathes, homéopathes, mésothérapeutes, naturopathes, pédicures, ostéopathes, podologues, psychologues, réflexologues, sexologues, sophrologues)	60 € / an	70 € / an	80 € / an	100 € / an
Services d'Assistance en cas d'ALD (Affection de Longue Durée)	Forfait de 500 € pour des services et aide à domicile.			

Services d'Assistance

OPTIQUE				
Equipements 100% Santé* :				
Équipement (1 monture et 2 verres) entrant dans le cadre du panier de soins 100% Santé* (classe à prise en charge renforcée) (b)				
Renouvellement tous les 2 ans (c)				
- Un équipement de deux verres de classe A + monture de classe A	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral
- Verres de classe A	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral
- Une monture de classe B (associée à deux verres de classe A)	30 €	50 €	80 €	100 €

Le tableau de garantie faisant foi pendant toute la durée de l'adhésion est strictement celui joint aux conditions particulières remises au client après acceptation et enregistrement de sa demande d'adhésion ou de sa demande d'avenant.

	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4
Equipements hors 100% Santé* : Equipement entrant dans le cadre du panier libre (b) - Renouvellement tous les 2 ans (c) - Le remboursement de la monture est plafonné à 100 € - Une monture de classe B avec deux verres simples de classe B - Une monture de classe B avec au moins un verre complexe ou très complexe de classe B	125 € 200 €	150 € 250 €	175 € 300 €	200 € 400 €
Lentilles remboursées par la Sécurité sociale⁽⁴⁾ Forfait lentilles remboursées ou non par la Sécurité sociale Chirurgie réfractive par œil	100% 50 € /an	100% 100 € /an	100% 150 € /an	100% 200 € /an 200 € /an
DENTAIRE				
Soins et prothèses 100% Santé* - Prothèses dentaires et Inlays-cores entrant dans le cadre du panier de soins 100% Santé* sans reste à charge pour l'assuré (classe à remboursement renforcé (a))	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral
Prothèses hors 100% Santé* - Prothèses dentaires hors cadre du panier de soins 100% Santé* et entrant donc dans le champ des paniers à honoraires modérés (a) ou libres	Délai d'attente de 1 mois : remboursement à 100% sauf en cas de reprise d'un contrat avec garanties équivalentes ou supérieures			
	125%	150%	175%	200%
Soins - Soins dentaires, prophylaxie, parodontologie, prévention remboursés par la Sécurité sociale - Inlays-onlays ou Inlays-cores remboursés par la Sécurité sociale hors cadre du panier de soins 100% Santé* et entrant donc dans le champ des paniers honoraires modérés (a) ou libres	125% 125%	150% 150%	175% 175%	200% 200%
Actes dentaires non remboursés par la Sécurité Sociale		100 € /an	150 € /an	200 € /an
Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale	125%	150%	175%	200%
Plafond dentaire Limitation prothèses dentaires hors 100% Santé, au delà : remboursement au TM				2 000 € /an
AIDES AUDITIVES				
Equipements 100% Santé* - Aides auditives remboursées par la Sécurité sociale de Classe I (e) entrant dans le cadre du panier de soins 100% Santé* (classe à remboursement renforcé) - Renouvellement tous les quatre ans (d)	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral
Equipements hors 100% Santé* - Aides auditives remboursées par la Sécurité sociale Hors panier de soins 100% Santé* (Appareil de classe 2 à prix libre) - Renouvellement tous les quatre ans (d) - Piles et accessoires	Délai d'attente de 1 mois : remboursement à 100% sauf en cas de reprise d'un contrat avec garanties équivalentes ou supérieures			
	100%	125%	150%	175%
	100%	125%	150%	175%
ASSISTANCE				
Assistance	OUI	OUI	OUI	OUI
Service d'assistance Aide aux Aidants	Forfait de 300 € pour des services et aide à domicile lorsque vous êtes en situation de devoir aider un membre de votre famille devenu dépendant. (La prise en charge de l'enveloppe de services est limitée à 1 fois par personne aidée.)			
Service d'assistance Mon Coach Bien-être	Prévention Santé (Nutrition, Sport, Zen et Sommeil)			
Téléconsultation	10 consultations /an			
SERVICES				
Carte Blanche : Tiers payant, accès à des équipements à des tarifs modérés et de qualité, pas d'argent à avancer chez de nombreux professionnels de santé ⁽⁶⁾	OUI	OUI	OUI	OUI

Services d'Assistance

Les Renforts

➡ Renfort PRIVILEGE

Chambre Particulière	+ 15 € par jour
Médecine complémentaire	+ 50 € par an
Médicaments non remb. & prévention	+ 30 € par an
Forfait Cures	+ 150 € par an

➡ Renfort HONORAIRES +

HONORAIRES HORS OPTAM ou OPTAM CO
 = HONORAIRES OPTAM ou OPTAM CO

LEXIQUE

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

La participation forfaitaire aux actes lourds est intégralement remboursée.

- (1) En cas de remboursement des dépassements d'honoraires des professionnels non OPTAM - OPTAM-CO, la prise en charge des professionnels ayant adhéré à l'OPTAM doit être supérieure. Cette différence doit être au moins égale à 20 % par rapport au tarif de base de la prestation. Cette différence reste applicable en cas de bonus à l'ancienneté.
- (2) Hors régime local Alsace Moselle.
- (3) La chambre particulière est limitée à 30 jours par an et par assuré. Pour les séjours de psychiatrie ou neuropsychiatrie, assimilés, diététique, gériatrie et cures de désintoxication en cas d'alcoolisme ou toxicomanie, maisons de rééducation, de repos, de convalescence, soins de suite et de réadaptation (SSR), unités de soins de longue durée (USLD) et établissements d'hébergement pour personnes âgées, la chambre particulière n'est pas prise en charge.
- (4) au-delà remboursée à 100% de la base de remboursement de la Sécurité sociale.
- (5) Auprès des professionnels de santé accrédités du réseau Carte Blanche (<https://www.carteblanche Partenaires.fr>) et selon formule de garantie.

INFORMATIONS 100% SANTÉ*

* telles que définies réglementairement

- (a) Remboursement dans la limite des prix fixés en application de l'article L.165-3 du Code de la Sécurité sociale. Pour le remboursement de prothèses dentaires entrant dans le cadre du panier 100% Santé* ou dans le panier à honoraires modérés, les remboursements (Sécurité sociale + CEGEMA EQUILIBRE) sont limités aux honoraires limites de facturation (HLF) tels que définis par la réglementation.
- (b) Les forfaits sont exprimés en euros 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 (Voir le JO n°265 du 16/11/2008, I.2. Classification des aides auditives).

Cagnotte Prestation



L'absence de remboursement en 1^{ère} année* sur l'ensemble des postes mentionnés dans la Notice d'Information permet l'attribution d'une cagnotte de prestation sur les garanties suivantes :

Optique - Dentaire - Audio	+ 100 € dès la 2 ^{ème} année + 150 € dès la 3 ^{ème} année
Honoraires Hospitalisation OPTAM ou OPTAM CO	+ 25% dès la 2 ^{ème} année + 50% dès la 3 ^{ème} année

* se reporter à l'article 11 de la Notice d'information pour plus de détail sur le fonctionnement de la cagnotte

CEGEMA EQUILIBRE - EXEMPLES DE REMBOURSEMENTS ⁽¹⁾

		Hospitalisation - Soins courants (hors Honoraires) - Optique - Dentaire - Audio											
		Niveau 1			Niveau 2			Niveau 3			Niveau 4		
Soins Courants - Honoraires médicaux	100	✓			✓								
	125	✓			✓			✓					
	150				✓			✓			✓		
	175							✓			✓		
	200										✓		

Contrat d'assurance santé responsable(2)		Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)						Reste à charge					
HOSPITALISATION													
Forfait journalier hospitalier (hébergement) Tarif le plus souvent facturé: 20 € (15 € en service psychiatrique) Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR)(3) : 0 € Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO): 0 €		Niveau 1 - 100	Niveau 1 - 125	Niveau 2 - 100	Niveau 2 - 125	Niveau 2 - 150	Niveau 3 - 125	Niveau 1 - 100	Niveau 1 - 125	Niveau 2 - 100	Niveau 2 - 125	Niveau 2 - 150	Niveau 3 - 125
		20 € (15 €)						0 €					
		Niveau 3 - 150	Niveau 3 - 175	Niveau 4 - 150	Niveau 4 - 175	Niveau 4 - 200		Niveau 3 - 150	Niveau 3 - 175	Niveau 4 - 150	Niveau 4 - 175	Niveau 4 - 200	
		20 € (15 €)						0 €					
Chambre particulière (sur demande du patient) Tarif le plus souvent facturé: NC Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR)(3) : Non remboursé Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO): Non remboursé		Niveau 1 - 100	Niveau 1 - 125	Niveau 2 - 100	Niveau 2 - 125	Niveau 2 - 150	Niveau 3 - 125	Niveau 1 - 100	Niveau 1 - 125	Niveau 2 - 100	Niveau 2 - 125	Niveau 2 - 150	Niveau 3 - 125
		40 €/jour	40 €/jour	50 €/jour	50 €/jour	50 €/jour	60 €/jour	Selon les frais engagés					
		Niveau 3 - 150	Niveau 3 - 175	Niveau 4 - 150	Niveau 4 - 175	Niveau 4 - 200		Niveau 3 - 150	Niveau 3 - 175	Niveau 4 - 150	Niveau 4 - 175	Niveau 4 - 200	
		60 €/jour	60 €/jour	80 €/jour	80 €/jour	80 €/jour		Selon les frais engagés					

Séjour avec actes lourds
L'hôpital public inclut la rémunération des praticiens dans les frais de séjour, alors que leurs honoraires sont facturés séparément dans le secteur privé.

Exemple d'une opération chirurgicale de la cataracte, en secteur privé

Frais de séjour Tarif le plus souvent facturé: Différent selon public / privé Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR)(3) : BR Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO): BR - 24€	24 €						0 €					
Frais de séjour en secteur privé Tarif le plus souvent facturé: Tarif moyen de 745,54 € Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR)(3) : 745,54 € Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO): 721,24 €	Niveau 1 - 100	Niveau 1 - 125	Niveau 2 - 100	Niveau 2 - 125	Niveau 2 - 150	Niveau 3 - 125	Niveau 1 - 100	Niveau 1 - 125	Niveau 2 - 100	Niveau 2 - 125	Niveau 2 - 150	Niveau 3 - 125
	24 €						0 €					
	Niveau 3 - 150	Niveau 3 - 175	Niveau 4 - 150	Niveau 4 - 175	Niveau 4 - 200		Niveau 3 - 150	Niveau 3 - 175	Niveau 4 - 150	Niveau 4 - 175	Niveau 4 - 200	
	24 €						0 €					
Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM - CO Tarif le plus souvent facturé: Dépassements maîtrisés Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR)(3) : BR Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO): 100% BR	Dépassement si prévu au contrat						Selon contrat					
Opération en secteur privé: honoraires chirurgien Tarif le plus souvent facturé: Tarif moyen de 355 € Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR)(3) : 271,7 € Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO): 271,7 €	Niveau 1 - 100	Niveau 1 - 125	Niveau 2 - 100	Niveau 2 - 125	Niveau 2 - 150	Niveau 3 - 125	Niveau 1 - 100	Niveau 1 - 125	Niveau 2 - 100	Niveau 2 - 125	Niveau 2 - 150	Niveau 3 - 125
	67,9 €	67,9 €	83,3 €	83,3 €	83,3 €	83,3 €	15,4 €	15,4 €	0 €	0 €	0 €	0 €
	Niveau 3 - 150	Niveau 3 - 175	Niveau 4 - 150	Niveau 4 - 175	Niveau 4 - 200		Niveau 3 - 150	Niveau 3 - 175	Niveau 4 - 150	Niveau 4 - 175	Niveau 4 - 200	
	83,3 €	83,3 €	83,3 €	83,3 €	83,3 €		0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	
Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM - CO) Tarif le plus souvent facturé: Honoraires libres Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR)(3) : BR Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO): 100% BR	Dépassement si prévu au contrat (remboursement des dépassements plafonné à 100% BR)						Selon contrat					
Opération en secteur privé: honoraires chirurgien Tarif le plus souvent facturé: Tarif moyen de 447 € Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR)(3) : 271,7 € Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO): 271,7 €	Niveau 1 - 100	Niveau 1 - 125	Niveau 2 - 100	Niveau 2 - 125	Niveau 2 - 150	Niveau 3 - 125	Niveau 1 - 100	Niveau 1 - 125	Niveau 2 - 100	Niveau 2 - 125	Niveau 2 - 150	Niveau 3 - 125
	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	67,9 €	175,3 €	175,3 €	175,3 €	175,3 €	175,3 €	107,4 €
	Niveau 3 - 150	Niveau 3 - 175	Niveau 4 - 150	Niveau 4 - 175	Niveau 4 - 200		Niveau 3 - 150	Niveau 3 - 175	Niveau 4 - 150	Niveau 4 - 175	Niveau 4 - 200	
	67,9 €	67,9 €	135,9 €	135,9 €	135,9 €		107,4 €	107,4 €	39,5 €	39,5 €	39,5 €	

Séjour sans actes lourds
L'hôpital public inclut la rémunération des praticiens dans les frais de séjour, alors que leurs honoraires sont facturés séparément dans le secteur privé.

Exemple d'un suivi de pneumonie ou pleurésie pour un patient de plus de 17 ans, en hôpital public

Frais de séjour Tarif le plus souvent facturé: Différent selon public / privé Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR)(3) : BR Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO): 80% BR	20 % BR						0 €					
Frais de séjour en secteur public Tarif le plus souvent facturé: Tarif moyen de 3270,12 € Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR)(3) : 3270,12 € Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO): 2616,1 €	Niveau 1 - 100	Niveau 1 - 125	Niveau 2 - 100	Niveau 2 - 125	Niveau 2 - 150	Niveau 3 - 125	Niveau 1 - 100	Niveau 1 - 125	Niveau 2 - 100	Niveau 2 - 125	Niveau 2 - 150	Niveau 3 - 125
	654,02 €						0 €					
	Niveau 3 - 150	Niveau 3 - 175	Niveau 4 - 150	Niveau 4 - 175	Niveau 4 - 200		Niveau 3 - 150	Niveau 3 - 175	Niveau 4 - 150	Niveau 4 - 175	Niveau 4 - 200	
	654,02 €						0 €					

SOINS COURANTS													
Honoraires des médecins de secteur 1 (généralistes ou spécialistes) Tarif le plus souvent facturé: Tarif de convention Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR)(3) : BR Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO): 70% BR - 1 €	30 % BR						1 € de participation forfaitaire						
Ex: consultation médecin traitant généraliste pour un patient de plus de 18 ans Tarif le plus souvent facturé: 25 € Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR)(3) : 25 € Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO): 16,5 €	Niveau 1 - 100	Niveau 1 - 125	Niveau 2 - 100	Niveau 2 - 125	Niveau 2 - 150	Niveau 3 - 125	Niveau 1 - 100	Niveau 1 - 125	Niveau 2 - 100	Niveau 2 - 125	Niveau 2 - 150	Niveau 3 - 125	
	7,5 €						1 € de participation forfaitaire						
	Niveau 3 - 150	Niveau 3 - 175	Niveau 4 - 150	Niveau 4 - 175	Niveau 4 - 200		Niveau 3 - 150	Niveau 3 - 175	Niveau 4 - 150	Niveau 4 - 175	Niveau 4 - 200		
	7,5 €						1 € de participation forfaitaire						
Ex: consultation pédiatre pour un enfant de moins de 6 ans Tarif le plus souvent facturé: 32 € Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR)(3) : 32 € Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO): 22,4 €	Niveau 1 - 100	Niveau 1 - 125	Niveau 2 - 100	Niveau 2 - 125	Niveau 2 - 150	Niveau 3 - 125	Niveau 1 - 100	Niveau 1 - 125	Niveau 2 - 100	Niveau 2 - 125	Niveau 2 - 150	Niveau 3 - 125	
	9,6 €						0 €						
	Niveau 3 - 150	Niveau 3 - 175	Niveau 4 - 150	Niveau 4 - 175	Niveau 4 - 200		Niveau 3 - 150	Niveau 3 - 175	Niveau 4 - 150	Niveau 4 - 175	Niveau 4 - 200		
	9,6 €						0 €						

Contrat d'assurance santé responsable(2)		Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)						Reste à charge					
Ex: consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologue, ophtalmologie, dermatologie, etc.) Tarif le plus souvent facturé: 30 € Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR)(3) : 30 € Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO): 20 €		Niveau 1 - 100	Niveau 1 - 125	Niveau 2 - 100	Niveau 2 - 125	Niveau 2 - 150	Niveau 3 - 125	Niveau 1 - 100	Niveau 1 - 125	Niveau 2 - 100	Niveau 2 - 125	Niveau 2 - 150	Niveau 3 - 125
		9 €						1 € de participation forfaitaire					
		Niveau 3 - 150	Niveau 3 - 175	Niveau 4 - 150	Niveau 4 - 175	Niveau 4 - 200		Niveau 3 - 150	Niveau 3 - 175	Niveau 4 - 150	Niveau 4 - 175	Niveau 4 - 200	
		9 €						1 € de participation forfaitaire					
Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM - CO Tarif le plus souvent facturé: Dépassements maîtrisés Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR)(3) : BR Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO): 70% BR - 1 €		30 % BR + dépassement si prévu au contrat						1 € de participation forfaitaire + dépassement selon contrat					
Ex: consultation pédiatre pour un enfant de moins de 6 ans Tarif le plus souvent facturé: 32 € Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR)(3) : 32 € Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO): 22,4 €		Niveau 1 - 100	Niveau 1 - 125	Niveau 2 - 100	Niveau 2 - 125	Niveau 2 - 150	Niveau 3 - 125	Niveau 1 - 100	Niveau 1 - 125	Niveau 2 - 100	Niveau 2 - 125	Niveau 2 - 150	Niveau 3 - 125
		9,6 €						0 €					
		Niveau 3 - 150	Niveau 3 - 175	Niveau 4 - 150	Niveau 4 - 175	Niveau 4 - 200		Niveau 3 - 150	Niveau 3 - 175	Niveau 4 - 150	Niveau 4 - 175	Niveau 4 - 200	
		9,6 €						0 €					
Ex: consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologue, ophtalmologie, dermatologie, etc.) Tarif le plus souvent facturé: 44 € Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR)(3) : 30 € Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO): 20 €		Niveau 1 - 100	Niveau 1 - 125	Niveau 2 - 100	Niveau 2 - 125	Niveau 2 - 150	Niveau 3 - 125	Niveau 1 - 100	Niveau 1 - 125	Niveau 2 - 100	Niveau 2 - 125	Niveau 2 - 150	Niveau 3 - 125
		9 €	16,5 €	9 €	16,5 €	23 €	16,5 €	15 €	7,5 €	15 €	7,5 €	1 €	7,5 €
		Niveau 3 - 150	Niveau 3 - 175	Niveau 4 - 150	Niveau 4 - 175	Niveau 4 - 200		Niveau 3 - 150	Niveau 3 - 175	Niveau 4 - 150	Niveau 4 - 175	Niveau 4 - 200	
		23 €	23 €	23 €	23 €	23 €		1 €	1 €	1 €	1 €	1 €	
Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM - CO) Tarif le plus souvent facturé: Honoraires libres Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR)(3) : BR Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO): 70% BR - 1 €		30 % BR + dépassement si prévu au contrat (remboursement des dépassements plafonné à 100% de la BR)						1 € de participation forfaitaire + dépassement selon contrat					
Ex: consultation pédiatre pour un enfant de 2 à 16 ans Tarif le plus souvent facturé: 55 € Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR)(3) : 23 € Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO): 16,1 €		Niveau 1 - 100	Niveau 1 - 125	Niveau 2 - 100	Niveau 2 - 125	Niveau 2 - 150	Niveau 3 - 125	Niveau 1 - 100	Niveau 1 - 125	Niveau 2 - 100	Niveau 2 - 125	Niveau 2 - 150	Niveau 3 - 125
		5,9 €	5,9 €	5,9 €	5,9 €	11,7 €	5,9 €	33 €	33 €	33 €	33 €	27,3 €	33 €
		Niveau 3 - 150	Niveau 3 - 175	Niveau 4 - 150	Niveau 4 - 175	Niveau 4 - 200		Niveau 3 - 150	Niveau 3 - 175	Niveau 4 - 150	Niveau 4 - 175	Niveau 4 - 200	
		11,7 €	17,4 €	11,7 €	17,4 €	23,2 €		27,3 €	21,5 €	27,3 €	21,5 €	15,8 €	
Ex: consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologue, ophtalmologie, dermatologie, etc.) Tarif le plus souvent facturé: 57 € Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR)(3) : 23 € Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO): 15,1 €		Niveau 1 - 100	Niveau 1 - 125	Niveau 2 - 100	Niveau 2 - 125	Niveau 2 - 150	Niveau 3 - 125	Niveau 1 - 100	Niveau 1 - 125	Niveau 2 - 100	Niveau 2 - 125	Niveau 2 - 150	Niveau 3 - 125
		6,9 €	6,9 €	6,9 €	6,9 €	12,7 €	6,9 €	35 €	35 €	35 €	35 €	29,3 €	35 €
		Niveau 3 - 150	Niveau 3 - 175	Niveau 4 - 150	Niveau 4 - 175	Niveau 4 - 200		Niveau 3 - 150	Niveau 3 - 175	Niveau 4 - 150	Niveau 4 - 175	Niveau 4 - 200	
		12,7 €	18,4 €	12,7 €	18,4 €	24,2 €		29,3 €	23,5 €	29,3 €	23,5 €	17,8 €	
Matériel médical Tarif le plus souvent facturé: Tarif moyen facturé Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR)(3) : BR Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO): 60% BR		40 % BR + dépassement si prévu au contrat						Selon contrat					
Ex: achat d'une paire de béquilles Tarif le plus souvent facturé: 25,8 € Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR)(3) : 24,4 € Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO): 14,64 €		Niveau 1 - 100	Niveau 1 - 125	Niveau 2 - 100	Niveau 2 - 125	Niveau 2 - 150	Niveau 3 - 125	Niveau 1 - 100	Niveau 1 - 125	Niveau 2 - 100	Niveau 2 - 125	Niveau 2 - 150	Niveau 3 - 125
		11,2 €	11,2 €	11,2 €	11,2 €	11,2 €	11,2 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
		Niveau 3 - 150	Niveau 3 - 175	Niveau 4 - 150	Niveau 4 - 175	Niveau 4 - 200		Niveau 3 - 150	Niveau 3 - 175	Niveau 4 - 150	Niveau 4 - 175	Niveau 4 - 200	
		11,2 €	11,2 €	11,2 €	11,2 €	11,2 €		0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	
DENTAIRE													
Soins et prothèses 100 % Santé Tarif le plus souvent facturé: Prix moyen national Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR)(3) : BR Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO): 70% BR		30 % BR + dépassement dans la limite du plafond des honoraires						0 €					
Ex: pose d'une couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières prémolaires Tarif le plus souvent facturé: 500 € Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR)(3) : 120 € Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO): 84 €		Niveau 1 - 100	Niveau 1 - 125	Niveau 2 - 100	Niveau 2 - 125	Niveau 2 - 150	Niveau 3 - 125	Niveau 1 - 100	Niveau 1 - 125	Niveau 2 - 100	Niveau 2 - 125	Niveau 2 - 150	Niveau 3 - 125
		416 €						0 €					
		Niveau 3 - 150	Niveau 3 - 175	Niveau 4 - 150	Niveau 4 - 175	Niveau 4 - 200		Niveau 3 - 150	Niveau 3 - 175	Niveau 4 - 150	Niveau 4 - 175	Niveau 4 - 200	
		416 €						0 €					
Soins (hors 100 % Santé) Tarif le plus souvent facturé: Tarif de convention Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR)(3) : BR Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO): 70% BR		30 % BR + dépassement si prévu au contrat						Selon contrat					
Ex: détartrage Tarif le plus souvent facturé: 43,38 € Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR)(3) : 43,38 € Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO): 30,36 €		Niveau 1 - 100	Niveau 1 - 125	Niveau 2 - 100	Niveau 2 - 125	Niveau 2 - 150	Niveau 3 - 125	Niveau 1 - 100	Niveau 1 - 125	Niveau 2 - 100	Niveau 2 - 125	Niveau 2 - 150	Niveau 3 - 125
		13,02 €						0 €					
		Niveau 3 - 150	Niveau 3 - 175	Niveau 4 - 150	Niveau 4 - 175	Niveau 4 - 200		Niveau 3 - 150	Niveau 3 - 175	Niveau 4 - 150	Niveau 4 - 175	Niveau 4 - 200	
		13,02 €						0 €					
Prothèses (hors 100 % Santé) Tarif le plus souvent facturé: Prix moyen national Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR)(3) : BR Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO): 70% BR		30 % BR + dépassement si prévu au contrat						Selon contrat					
Ex: couronne céramo-métallique sur molaires Tarif le plus souvent facturé: 537,48 € Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR)(3) : 107,5 € Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO): 75,25 €		Niveau 1 - 100	Niveau 1 - 125	Niveau 2 - 100	Niveau 2 - 125	Niveau 2 - 150	Niveau 3 - 125	Niveau 1 - 100	Niveau 1 - 125	Niveau 2 - 100	Niveau 2 - 125	Niveau 2 - 150	Niveau 3 - 125
		59,1 €	59,1 €	86 €	86 €	86 €	112,9 €	403,1 €	403,1 €	376,2 €	376,2 €	376,2 €	349,4 €
		Niveau 3 - 150	Niveau 3 - 175	Niveau 4 - 150	Niveau 4 - 175	Niveau 4 - 200		Niveau 3 - 150	Niveau 3 - 175	Niveau 4 - 150	Niveau 4 - 175	Niveau 4 - 200	
		112,9 €	112,9 €	139,8 €	139,8 €	139,8 €		349,4 €	349,4 €	322,5 €	322,5 €	322,5 €	
Orthodontie (moins de 16 ans) Tarif le plus souvent facturé: Prix moyen national Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR)(3) : BR Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO): 100% BR		Dépassement si prévu au contrat						Selon contrat					
Ex: traitement par semestre (6 semestres max.) Tarif le plus souvent facturé: 720 € Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR)(3) : 193,5 € Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO): 193,5 €		Niveau 1 - 100	Niveau 1 - 125	Niveau 2 - 100	Niveau 2 - 125	Niveau 2 - 150	Niveau 3 - 125	Niveau 1 - 100	Niveau 1 - 125	Niveau 2 - 100	Niveau 2 - 125	Niveau 2 - 150	Niveau 3 - 125
		48,4 €	48,4 €	96,8 €	96,8 €	96,8 €	145,1 €	478,1 €	478,1 €	429,8 €	429,8 €	429,8 €	381,4 €
		Niveau 3 - 150	Niveau 3 - 175	Niveau 4 - 150	Niveau 4 - 175	Niveau 4 - 200		Niveau 3 - 150	Niveau 3 - 175	Niveau 4 - 150	Niveau 4 - 175	Niveau 4 - 200	
		145,1 €	145,1 €	193,5 €	193,5 €	193,5 €		381,4 €	381,4 €	333 €	333 €	333 €	

Contrat d'assurance santé responsable(2)		Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)						Reste à charge					
OPTIQUE													
Equipement 100% Santé Tarif le plus souvent facturé: Prix moyen national Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR)(3) : BR Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO): 60% BR		40 % BR + dépassement dans la limite des PLV (4)						0 €					
Ex: verres simples et monture Tarif le plus souvent facturé: 41 € (par verre) + 30 € (monture) Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR)(3) : 12,75 € par verre + 9 € Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO): 7,65 € par verre + 5,4 €		Niveau 1 - 1001 - 1252 - 1002 - 1252 - 1503 - 125						Niveau 1 - 1001 - 1252 - 1002 - 1252 - 1503 - 125					
		33,35 € par verre + 24,60 €						0 €					
		Niveau 3 - 1503 - 1754 - 1504 - 1754 - 200						Niveau 3 - 1503 - 1754 - 1504 - 1754 - 200					
Ex: verres progressifs et monture Tarif le plus souvent facturé: 90 € (par verre) + 30 € (monture) Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR)(3) : 27 € par verre + 9 € Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO): 16,2 € par verre + 5,4 €		33,35 € par verre + 24,60 €						0 €					
		Niveau 1 - 1001 - 1252 - 1002 - 1252 - 1503 - 125						Niveau 1 - 1001 - 1252 - 1002 - 1252 - 1503 - 125					
		73,80 € par verre + 24,60 €						0 €					
Equipement (hors 100% Santé) Tarif le plus souvent facturé: Prix moyen national Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR)(3) : BR Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO): 60% BR		73,80 € par verre + 24,60 €						0 €					
		40 % BR + dépassement si prévu au contrat, dans la limite des plafonds réglementaires						Selon contrat					
		Niveau 1 - 1001 - 1252 - 1002 - 1252 - 1503 - 125						Niveau 1 - 1001 - 1252 - 1002 - 1252 - 1503 - 125					
Ex: verres simples et monture Tarif le plus souvent facturé: 100 € (par verre) + 139 € (monture) Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR)(3) : 0,05 € par verre + 0,05 € Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO): 0,03 € par verre + 0,03 €		124,9 €124,9 €149,9 €149,9 €149,9 €174,9 €						214 €214 €189 €189 €189 €164 €					
		Niveau 3 - 1503 - 1754 - 1504 - 1754 - 200						Niveau 3 - 1503 - 1754 - 1504 - 1754 - 200					
		174,9 €174,9 €199,9 €199,9 €199,9 €						164 €164 €139 €139 €139 €					
Ex: verres progressifs et monture Tarif le plus souvent facturé: 231 € (par verre) + 139 € (monture) Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR)(3) : 0,05 € par verre + 0,05 € Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO): 0,03 € par verre + 0,03 €		Niveau 1 - 1001 - 1252 - 1002 - 1252 - 1503 - 125						Niveau 1 - 1001 - 1252 - 1002 - 1252 - 1503 - 125					
		199,9 €199,9 €249,9 €249,9 €249,9 €299,9 €						401 €401 €351 €351 €351 €301 €					
		Niveau 3 - 1503 - 1754 - 1504 - 1754 - 200						Niveau 3 - 1503 - 1754 - 1504 - 1754 - 200					
Lentilles Tarif le plus souvent facturé: Prix moyen national Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR)(3) : Pas de prise en charge (dans le cas général) Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO): Pas de prise en charge (dans le cas général)		299,9 €299,9 €399,9 €399,9 €399,9 €						301 €301 €201 €201 €201 €					
		Prise en charge si prévu au contrat						Selon contrat					
		Niveau 1 - 1001 - 1252 - 1002 - 1252 - 1503 - 125						Niveau 1 - 1001 - 1252 - 1002 - 1252 - 1503 - 125					
Forfait annuel Tarif le plus souvent facturé: NC Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR)(3) : Non remboursé (dans le cas général) Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO): Non remboursé (dans le cas général)		50 €50 €100 €100 €100 €150 €						Selon les frais engagés					
		Niveau 3 - 1503 - 1754 - 1504 - 1754 - 200						Niveau 3 - 1503 - 1754 - 1504 - 1754 - 200					
		150 €150 €200 €200 €200 €						Selon les frais engagés					
Chirurgie réfractive Tarif le plus souvent facturé: Prix moyen national Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR)(3) : Non remboursé Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO): Non remboursé		Prise en charge si prévu au contrat						Selon contrat					
		Niveau 1 - 1001 - 1252 - 1002 - 1252 - 1503 - 125						Niveau 1 - 1001 - 1252 - 1002 - 1252 - 1503 - 125					
		0 €/œil0 €/œil0 €/œil0 €/œil0 €/œil0 €/œil						Selon les frais engagés					
Ex: opération correctrice de la myopie Tarif le plus souvent facturé: NC Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR)(3) : Non remboursé Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO): Non remboursé		Niveau 3 - 1503 - 1754 - 1504 - 1754 - 200						Niveau 3 - 1503 - 1754 - 1504 - 1754 - 200					
		0 €/œil0 €/œil200 €/œil200 €/œil200 €/œil						Selon les frais engagés					
AIDES AUDITIVES													
Equipement 100% Santé Tarif le plus souvent facturé: Prix moyen national Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR)(3) : BR Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO): 60% BR		40 % BR + dépassement dans la limite des PLV						0 €					
Par oreille pour un patient de plus de 20 ans Tarif le plus souvent facturé: 950 € Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR)(3) : 400 € Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO): 240 €		Niveau 1 - 1001 - 1252 - 1002 - 1252 - 1503 - 125						Niveau 1 - 1001 - 1252 - 1002 - 1252 - 1503 - 125					
		710 €						0 €					
		Niveau 3 - 1503 - 1754 - 1504 - 1754 - 200						Niveau 3 - 1503 - 1754 - 1504 - 1754 - 200					
Equipement (hors 100% Santé) Tarif le plus souvent facturé: Prix moyen national Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR)(3) : BR Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO): 60% BR		710 €						0 €					
		40 % BR + dépassement si prévu au contrat, dans la limite des plafonds réglementaires						Selon contrat					
		Niveau 1 - 1001 - 1252 - 1002 - 1252 - 1503 - 125						Niveau 1 - 1001 - 1252 - 1002 - 1252 - 1503 - 125					
Par oreille pour un patient de plus de 20 ans Tarif le plus souvent facturé: 1476 € Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR)(3) : 400 € Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO): 240 €		160 €160 €260 €260 €260 €360 €						1076 €1076 €976 €976 €976 €876 €					
		Niveau 3 - 1503 - 1754 - 1504 - 1754 - 200						Niveau 3 - 1503 - 1754 - 1504 - 1754 - 200					
		360 €360 €460 €460 €460 €						876 €876 €776 €776 €776 €					

1) Les exemples de remboursements sont donnés pour un assuré sans taux de prise en charge particulier et respectant le parcours de soins coordonnés.
 2) Les contrats sont dits responsables quand ils respectent des obligations fixées par la réglementation, notamment des minimums et maximums de remboursement ainsi que des interdictions de prise en charge. Pour aller plus loin, consulter le Glossaire de l'assurance complémentaire santé.
 3) La BR est un tarif de référence fixé pour chaque acte, chaque produit, chaque dispositif médical. L'assurance maladie obligatoire ne rembourse dans la plupart des cas qu'un % de la BR, à un taux différent selon les actes, produits de santé, dispositifs médicaux, le complément étant apporté par l'assurance maladie complémentaire.
 4) Prix limite de vente.
 Ce document présente des exemples de remboursements en euros par l'assurance maladie et par votre contrat complémentaire santé, parmi les cas les plus fréquents et selon le niveau de couverture choisi. Ils ne correspondent pas forcément à vos besoins ou à votre situation mais, ils vous permettent de comprendre, choisir ou comparer les tableaux de garantie. Ils ne peuvent se substituer aux documents contractuels qui seuls engagent l'organisme de complémentaire santé. Ils ont été construits sur la base des données communiquées par l'assurance maladie obligatoire et en s'appuyant sur le Glossaire de l'assurance complémentaire santé édité par l'Unocam. (<https://unocam.fr/ressources/documents-a-telecharger/>)

Sommaire

LEXIQUE	13
PREAMBULE	15
ART.1 OBJET DU CONTRAT	15
ART.2 QUI PEUT ADHERER AU CONTRAT ?	15
ART.3 PERSONNES ASSUREES ET AGE LIMITE D'ADHESION	15
ART.4 NATURE DES GARANTIES DU CONTRAT	15
ART.5 EFFET, DUREE ET RENOUVELLEMENT DE L'ADHESION	16
ART.6 PRISE D'EFFET ET DURÉE DES GARANTIES	16
ART.7 RESILIATION	16
ART.8 DROIT DE RENONCIATION	17
ART.9 LES DECLARATIONS	17
ART.10 TERRITORIALITE	18
ART.11 GARANTIES ET MONTANT DE REMBOURSEMENT	18
ART.12 LES EXCLUSIONS ET LES LIMITATIONS	19
ART.13 LA MODIFICATION DES GARANTIES	20
ART.14 AJOUT OU SORTIE DES AYANTS-DROIT	20
ART.15 LES COTISATIONS	20
ART.16 LE REGLEMENT DES PRESTATIONS	21
ART.17 CONTRÔLE, PROCÉDURE D'EXPERTISE ET ARBITRAGE	22
ART.18 SUBROGATION	22
ART.19 PRESCRIPTION	22
ART.20 LA PROTECTION DES DONNEES A CARACTERE PERSONNEL	23
ART.21 RECLAMATIONS – MEDIATION	25
ART.22 AUTORITE DE CONTROLE	26
ART.23 OPPOSITION AU DÉMARCHAGE TÉLÉPHONIQUE	26
ART.24 SANCTIONS INTERNATIONALES	26

Notice d'information relative aux contrats collectifs à adhésion facultative **CEGEMA EQUILIBRE** n° AQ002133, n° AQ002142, n° AQ002143 et n° AQ002144 pour les formules responsables souscrits par GPMA (Groupement Prévoyance Maladie Accident), association loi 1901, 75447 Paris Cedex 09, auprès de l'Équité, Société Anonyme au capital de 26 469 320 euros, Entreprise régie par le Code des assurances – RCS Paris B 572 084 697 – Siège Social : 2 rue Pillet-Will – 75009 Paris – société appartenant au Groupe Generali, immatriculé sur le registre italien des groupes d'assurances sous le numéro 026.

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

CEGEMA

SA de gestion et de courtage d'assurance au capital de 313 800 euros. Siège social : 679, avenue du Docteur Lefebvre - BP 189 - 06272 Villeneuve-Loubet Cedex. RCS Antibes B 378 966 485 - ORIAS n° 07 001328 - www.orias.fr - Fax 04 92 02 08 60 www.cegema.com.

LEXIQUE

Chaque terme ou expression mentionné(e) ci-dessous a, lorsqu'il (elle) est employé(e) avec une majuscule, la signification suivante :

Accident

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

Adhérent

La personne physique âgée de 18 à 99 ans inclus signant le bulletin d'adhésion au contrat d'assurance, membre de l'association souscriptrice GPMA et désignée au certificat d'adhésion. Elle est responsable de la déclaration du risque et des obligations définies au contrat et paye les cotisations.

Adhésion à distance

Lorsque l'adhésion au contrat **CEGEMA EQUILIBRE** est réalisée au moyen d'une méthode de vente à distance (par internet, téléphone, sms).

Année d'assurance

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

Assuré ou Ayant(s) droit

La (ou les) personne(s) garantie(s) par l'adhésion et désignée(s) au Certificat d'adhésion.

Assureur

L'ÉQUITÉ - SA au capital de 26 469 320 €, Entreprise régie par le Code des assurances - RCS Paris B 572 084 697 - 2 rue Pillet-Will - 75009 Paris - Société appartenant au Groupe Generali, immatriculé sur le registre italien des groupes d'assurances sous le numéro 026

Avenant

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

Base de remboursement

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

On parle de :

- Tarif de convention (TC) lorsque les actes sont effectués par un professionnel conventionné. Il s'agit d'un tarif résultant d'une convention signée entre l'assurance maladie obligatoire et les

représentants des professions concernées par cette convention ;

- Tarif d'autorité (TA) pour les actes pratiqués par des professionnels de santé non conventionnés.

Il s'agit d'un tarif forfaitaire servant de base de remboursement pour des actes pratiqués par des professionnels non conventionnés avec l'assurance maladie obligatoire. Ce tarif est très inférieur au tarif de convention ;

- Tarif de responsabilité (TR) pour les médicaments, appareillages et autres biens médicaux.

Catégories de médecin

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

- Médecin conventionné en secteur 1

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

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

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

- Médecin conventionné en secteur 2

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

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

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

- Médecin non conventionné

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

Centre hospitalier spécialisé (CHS)

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

Certificat d'adhésion

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

Chambre particulière

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

Conclusion de l'adhésion

L'adhésion est conclue par l'accord entre l'Adhérent et l'Assureur. La date de conclusion correspond à la date d'édition du Certificat d'adhésion.

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.

Couple

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

Date d'effet

Date à laquelle débute l'adhésion. Elle est indiquée au certificat d'adhésion.

Déchéance

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

Délai d'attente (ou période d'attente)

Période durant laquelle les garanties sont limitées à 100% de la Base de Remboursement. Le point de départ de cette période est la Date d'effet indiquée au Certificat d'adhésion.

Demande d'adhésion

Document remis à la personne désirant adhérer au contrat **CEGEMA EQUILIBRE** avant la signature du contrat. La demande d'adhésion sert de base à la collecte des informations nécessaires à l'appréciation du risque à assurer par l'assureur. Ce document n'engage ni l'assureur ni le candidat à l'assurance. Toutefois, lorsque le contrat d'assurance a pris effet, la proposition engage l'assuré et une déclaration inexacte entraîne des sanctions prévues au contrat et par la loi.

Dépassement d'honoraires

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

Domicile

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

Échéance anniversaire

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

Enfants

Les enfants

- âgés de moins de 18 ans, reconnus à sa charge ou à celle de son conjoint au sens du régime obligatoire auquel relève l'adhérent ou son conjoint,
- âgés de 18 à 26 ans inclus, sous réserve :
 - qu'ils poursuivent des études secondaires ou supérieures et n'exercent pas d'emploi rémunéré à caractère permanent,
 - qu'ils soient en formation en alternance ou en contrat d'apprentissage,
 - qu'ils soient inscrits au Pôle Emploi en tant que primo demandeur d'emploi,
- sans limite d'âge si l'enfant bénéficie des allocations pour personnes handicapées prévues par la loi n°2005-12 du 11 février 2005

L'Assureur se réserve le droit de demander des justificatifs

France

Il s'agit de la France Métropolitaine (y compris Corse).

Forfait annuel

Montant payable par Assuré une fois par Année d'assurance.

Franchise médicale

En vigueur depuis le 1er janvier 2008, c'est une somme d'argent qui est déduite par la Sécurité sociale de chacun des remboursements de l'assuré social (à l'exception des jeunes de moins de 18 ans, des bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire et de l'aide médicale de l'État, des femmes enceintes).

Elle s'élève à :

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

Ces franchises sont décomptées dans la limite d'un plafond annuel qui ne pourra pas excéder 50 euros par personne.

Les franchises médicales ne sont pas prises en charge par le contrat.

Garantie

Elle correspond aux prestations assurées dans le cadre de la formule retenue, qui forment un tout indissociable et constituent ainsi la Garantie.

Hospitalisation

Au sens du présent Contrat, est considéré comme Hospitalisation tout séjour d'au moins une nuit (au moins 24 heures consécutives) dans un établissement hospitalier public ou privé en France ou à l'étranger suite à une Maladie, un Accident ou une maternité et ayant fait l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie. Il est précisé que ne sont garanties par le contrat que les Hospitalisations effectuées dans un établissement hospitalier prévu à l'article L. 174-4 du Code de la Sécurité sociale, à savoir les établissements hospitaliers ou médico-sociaux, à l'exclusion des unités ou centres de soins de longue durée.

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 peut avoir accès.

Les Hospitalisations non recommandées par un médecin ou celles qui ne sont pas nécessaires au traitement d'une Maladie ou d'un Accident sont exclues de la Garantie.

Maladie

Toute altération pathologique de la santé constatée par une autorité médicale compétente et n'ayant pour origine ni un Accident ni le fait volontaire de l'Assuré ou d'un tiers.

Nullité

Annulation pure et simple de l'adhésion au contrat qui est considérée n'avoir jamais existée.

Parcours de soins

Il s'agit du circuit que les patients doivent respecter pour être remboursés selon la réglementation en vigueur dans le cadre de ce parcours. Il consiste à déclarer un médecin traitant auprès de l'assurance maladie obligatoire et le consulter en priorité ou à consulter un médecin correspondant sur orientation de son médecin traitant. Certains médecins spécialistes peuvent être consultés sans pour autant passer par le médecin traitant (gynécologues, ophtalmologues, stomatologues, psychiatres et neuropsychiatres pour les Enfants).

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^e mois de grossesse.
- et des bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire ou de l'Aide médicale de l'État (AME).

Le nombre de participations forfaitaires est plafonné 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.

Régime Obligatoire (RO)

Le Régime Obligatoire d'assurance maladie de Sécurité sociale Français auprès duquel est affilié l'Adhérent.

Télétransmission

Le système de Télétransmission Noémie est un échange d'information automatisé entre les caisses d'assurance maladie et l'Assureur. Il permet d'assurer des remboursements de frais médicaux dans un délai très rapide puisque les décomptes de l'assurance maladie sont transmis à l'Assureur sans que l'Assuré n'ait besoin de lui adresser.

Souscripteur

Association GPMA (Groupement Prévoyance Maladie Accident), association loi 1901, 75447 Paris Cedex 09, souscriptrice du contrat groupe.

Ticket modérateur (TM)

Différence entre la base de remboursement et le montant remboursé par l'Assurance Maladie Obligatoire (avant application sur celui-ci de la participation forfaitaire d'un euro ou d'une franchise) et qui reste à charge de l'Assuré

Tiers Payant (TP)

Système dont bénéficient les personnes affiliées à un régime de Sécurité sociale français obligatoire et qui leur permet, sous certaines conditions, d'être dispensées d'avancer totalement ou partiellement les frais médicaux. Il est matérialisé par une carte Vitale qui atteste des droits de l'Assuré à l'assurance maladie. L'Assureur délivre à l'Adhérent une carte de Tiers Payant santé qui lui permet, à lui ou ses Ayants droit, en la présentant aux professionnels de santé, de bénéficier d'une dispense de paiement du Ticket Modérateur.

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 ou d'un établissement hospitalier à un autre. L'Assuré garde le libre choix de l'établissement hospitalier.

Verre simple

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

Verre complexe

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

Verre hypercomplexe

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

Verre mixte

Paire de verres avec au moins un verre complexe ou hypercomplexe.

PREAMBULE

L'adhésion au contrat est constituée des éléments suivants :

- La présente Notice d'Information valant Conditions Générales qui définit les conditions d'application de l'adhésion au contrat, expose l'ensemble des Garanties proposées et pouvant être souscrites. Elle informe sur les risques non couverts et indique également la

marche à suivre pour obtenir les remboursements.

- La Demande d'Adhésion.
- Le Certificat d'Adhésion qui matérialise l'acceptation de l'adhésion par l'Assureur et précise notamment les différentes conditions personnelles de l'adhésion, les personnes assurées, l'étendue et les modalités des Garanties effectivement souscrites.
- Le Tableau des Garanties qui précise les dépenses de santé couvertes,
- La fiche IPID (document d'information sur le produit d'assurance),
- Les exemples de Remboursements,
- Le document d'information sur les taux de redistribution et taux de frais de gestion visés par l'arrêté du 20 juin 2020.

La personne souhaitant souscrire les Garanties du contrat **CEGEMA EQUILIBRE** devra adhérer à l'association GPMA. La cotisation d'adhésion annuelle en vigueur sera prélevée une fois par an, à l'adhésion du contrat puis à l'échéance anniversaire. Les statuts de GPMA sont disponibles sur le site www.gpma-asso.fr.

L'adhésion aux contrats est régie par la loi française, notamment le Code des assurances. L'adhésion est soumise à la réglementation fiscale française. Les parties s'engagent à utiliser, pendant toute la durée de l'adhésion, la langue française.

ART.1 OBJET DU CONTRAT

Le contrat **CEGEMA EQUILIBRE** a pour objet de garantir le remboursement de frais médicaux, chirurgicaux et / ou d'hospitalisation survenus postérieurement à la prise d'effet des garanties occasionnés par l'un des événements suivants : maladie, maternité, accident constatés médicalement. La garantie intervient en complément des prestations versées par le Régime Obligatoire d'Assurance Maladie Français ou de prestations non couvertes par le Régime Obligatoire mais prévues par les garanties souscrites. Les frais engagés doivent faire l'objet d'une prescription et avoir donné lieu à un remboursement du Régime Obligatoire. Certains frais non pris en charge par le Régime Obligatoire peuvent faire l'objet d'un remboursement s'ils sont prévus à la formule de garantie accordée, indiqués au tableau des garanties et joint au certificat d'adhésion. Les remboursements de frais de santé doivent correspondre à des dépenses de soins effectués après la date la date d'effet du contrat. Les remboursements dépendent des garanties choisies. Ils ne peuvent en aucun cas être supérieurs aux dépenses réelles.

Cette garantie peut être étendue aux membres de la famille de l'Adhérent.

ART.2 QUI PEUT ADHERER AU CONTRAT ?

Pour adhérer au contrat **CEGEMA EQUILIBRE** il faut :

- Adhérer à l'association GPMA ;
- Résider en France ;
- Être affilié à un Régime Obligatoire Français ;
- Être une personne majeure civilement responsable ;
- Être âgé(e) à la date de signature de la demande d'adhésion d'au moins 18 ans et de moins de 99 ans, l'âge étant calculé par différence entre le millésime de l'année et le millésime de l'année de naissance.

Le contrat est éligible aux dispositifs de la loi Madelin.

ART.3 PERSONNES ASSUREES ET AGE LIMITE D'ADHESION

L'Adhérent, et s'il est désigné sur le Certificat d'adhésion, son Conjoint et les Enfants sous conditions. Les Assurés doivent par ailleurs être affiliés auprès d'un Régime obligatoire en tant qu'assuré social ou ayant droit.

La formule de Garantie souscrite est la même pour l'ensemble des personnes assurées dans le cadre de l'adhésion.

ART.4 NATURE DES GARANTIES DU CONTRAT

L'adhésion est viagère dès sa prise d'effet sous réserve du

paiement intégral des cotisations.

Le contrat **CEGEMA EQUILIBRE** prévoit le remboursement des dépenses de santé occasionnées à la suite d'une maladie, d'un accident ou d'une maternité.

L'adhésion s'inscrit dans le cadre du dispositif législatif relatif aux contrats d'assurance complémentaire santé dits « contrats responsables » (articles L.871-1, R.871-1 et R.871-2 du Code de la Sécurité sociale modifiés par le décret n°2014-1374 du 18 Novembre 2014 et le décret n°2019-21 du 11 Janvier 2019).

Les différentes formules de garantie du contrat sont dites responsables. Elles respectent l'ensemble des conditions du cahier des charges des contrats dits « responsables et solidaires ». De ce fait, elles peuvent bénéficier des aides fiscales et sociales prévues par la législation actuelle en vigueur.

En cas d'évolutions législatives et réglementaires effectuées dans ce cadre, les Garanties du contrat seront mises en conformité avec ce cadre juridique, après information préalable de l'adhérent.

ART.5 EFFET, DUREE ET RENOUVELLEMENT DE L'ADHESION

L'adhésion est conclue par l'accord entre l'Adhérent et l'Assureur, via CEGEMA.

Elle est matérialisée par l'émission d'un Certificat d'adhésion. La date de conclusion est indiquée au Certificat d'adhésion.

L'adhésion prend effet à la date mentionnée sur le Certificat d'adhésion, sous réserve du paiement de la première cotisation, pour une période initiale de 12 mois.

Aucun effet antérieur à la date de réception de la demande d'adhésion par Cegema ne sera accepté.

Elle se renouvelle ensuite chaque année, à l'Échéance Anniversaire du contrat sauf dénonciation dans les conditions mentionnées à l'article 7 : « ART.7 – Résiliation ». L'Adhérent ne pourra toutefois demander la résiliation que si son adhésion a une durée effective minimum de 12 mois.

ART.6 PRISE D'EFFET ET DURÉE DES GARANTIES

Les garanties sont acquises immédiatement avec un délai d'attente de 1 (un) mois (remboursement à 100% pendant ce délai) pour les postes Honoraires Hospitalisation OPTAM / OPTAM CO ou non OPTAM / non OPTAM CO, Prothèses dentaires hors cadre du panier de soins 100% Santé et entrant donc dans le champ des paniers à honoraires modérés ou libres, Aides auditives remboursées par la Sécurité sociale Hors panier de soins 100% santé (Appareil de classe 2 à prix libre), à compter de la date d'effet de l'adhésion mentionnée sur le certificat d'adhésion, sous réserve de l'encaissement effectif de la première prime.

Seuls les frais engagés après l'admission d'un Assuré dans l'assurance, sous réserve que cet engagement ne soit pas consécutif à un examen ou une prescription antérieure à son admission, et avant sa radiation peuvent faire l'objet d'un remboursement. Les frais engagés après la radiation d'un Assuré ne sont jamais remboursés même s'ils résultent d'un événement antérieur à la radiation (à l'exception des soins orthodontiques).

La garantie est viagère. Elle cesse toutefois :

- Dès que l'Assuré ne répond plus à la définition d'Assuré prévue ci-dessus ;
- A la date d'effet de la résiliation de l'Adhésion.

ART.7 RESILIATION

L'adhésion peut être résiliée dans les circonstances et les délais précisés ci-dessous.

Formes de la résiliation

Lorsque la résiliation vient de l'Adhérent, selon les conditions prévues à l'article L113-14 du Code des Assurances, elle doit se faire :

- Par lettre ou tout autre support durable, par acte extrajudiciaire ou par déclaration faite au Gestionnaire à l'adresse suivante : **CEGEMA, 679, avenue du Docteur Julien Lefebvre -BP.189 -**

06272 Villeneuve Loubet Cedex.

- Par envoi recommandé électronique à l'adresse : moncontratsante@cegema.com

Précisions sur l'envoi recommandé électronique

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

Cette preuve de dépôt comporte les informations suivantes :

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

Lorsque la résiliation est du fait de l'Assureur, elle doit se faire par lettre recommandée envoyée au dernier domicile connu de l'Adhérent.

Conséquences de la résiliation

Les garanties issues de l'adhésion restent acquises aux Assurés pour tous les soins et traitements en cours jusqu'à la date de prise d'effet de la résiliation.

Résiliation par l'Adhérent

L'Adhérent peut résilier son adhésion :

- À la date d'Échéance anniversaire moyennant le respect d'un préavis de deux mois. La résiliation prend effet la veille de l'Échéance à 24 heures (article L113-12 du Code des assurances).
- À tout moment, après l'expiration d'un délai d'un an à compter de la date d'effet du contrat. La résiliation prend effet un mois après que l'Assureur en a reçu notification par l'Adhérent (L113-15-2 du Code des Assurances).
- En cas de modification des conditions du Contrat groupe à l'initiative de l'Assureur ou du Souscripteur
- En cas de diminution du risque (sortie d'un ou plusieurs Ayants droits), si l'Assureur ne consent pas à réduire le montant de la cotisation en conséquence (article L113-4 du Code des assurances), dans le mois qui suit la date à laquelle il a eu connaissance de la proposition d'assurance. La résiliation prend effet 1 mois après l'envoi de la lettre de résiliation.
- En cas de refus de l'augmentation de cotisations selon les modalités prévues à l'article 15 ci-dessous.

Résiliation par l'Assureur

L'Assureur peut résilier l'adhésion :

- En cas de non-paiement des cotisations (article L141-3 du Code des assurances). Dans ce cas, l'Adhérent demeure tenu de payer les primes dues pour toute la période de garantie en cours. L'Assureur envoie alors à l'Adhérent, au plus tôt 10 jours après l'échéance impayée, une mise en demeure de payer. La résiliation prend effet 40 jours après l'envoi de ladite lettre de mise en demeure, si la cotisation n'est pas intégralement régularisée.
- En cas d'omission ou d'inexactitude dans la déclaration de l'Adhérent sans que la mauvaise foi de ce dernier soit établie (article L113-9 du Code des assurances). La résiliation prend effet 10 jours après envoi de la lettre de résiliation.

Résiliation par l'Adhérent ou par l'Assureur

L'Adhérent ou l'Assureur peut résilier l'adhésion en cas de

changement de domicile en France métropolitaine, de situation matrimoniale, de profession, de départ à la retraite ou de cessation d'activité professionnelle lorsque l'adhésion a pour objet la garantie de risques en relation directe avec la situation antérieure et qui ne se retrouvent pas dans la situation nouvelle (article L 113-16 du Code des assurances). Si elle émane de l'Adhérent, la demande de résiliation doit être effectuée dans les 3 mois qui suivent le changement sus-évoqué. Si elle émane de l'Assureur, la demande de résiliation doit être effectuée dans les 3 mois qui suivent la notification du changement par l'Adhérent à l'Assureur.

Dans tous les cas, la résiliation prend effet 1 mois après la notification de la lettre recommandée.

Résiliation de plein droit

L'adhésion est résiliée de plein droit :

- En cas de décès de l'adhérent. En présence d'Ayants droit, les garanties sont maintenues jusqu'à la prochaine échéance de cotisation. S'ils le souhaitent, un nouveau contrat leur sera proposé, qui tiendra compte des garanties et conditions antérieures à la résiliation.
- Lorsque l'Adhérent perd la qualité de résident fiscal français,
- Lorsque l'Adhérent réside en dehors du territoire français plus de 3 mois par an en une ou plusieurs fois,
- En cas de départ de France. La résiliation prend effet le 1er jour qui suit la cessation ou le changement d'affiliation à un Régime Obligatoire d'assurance maladie.
- En cas de retrait de l'agrément de l'Assureur (article L326-12 du Code des assurances).

Résiliation du Contrat d'assurance de groupe

Le Contrat groupe pourra être résilié par l'Assureur ou l'Association GPMA par lettre recommandée avec accusé de réception envoyée à l'autre Partie au moins 3 mois avant la date de renouvellement. En cas de résiliation, aucune adhésion nouvelle ne pourra être acceptée. En revanche, les adhésions en cours continueront à bénéficier de l'ensemble des clauses et conditions du contrat existantes à la date de résiliation.

ART.8 DROIT DE RENONCIATION

L'Adhérent dispose d'un délai pour renoncer à son adhésion aux conditions et selon les modalités décrites ci-après :

• Si le Contrat est vendu à distance :

On entend par vente à distance le Contrat conclu au moyen d'une ou plusieurs techniques de commercialisation à distance (cf. notamment de vente par correspondance ou internet).

Conformément à l'article L112-2-1 du code des assurances, un délai de renonciation de quatorze (14) jours calendaires révolus s'applique en cas de vente à distance.

Ce délai commence à courir soit à compter de la date de signature du contrat, soit à compter du jour où l'Adhérent a reçu les conditions contractuelles et les informations particulières si cette dernière date est postérieure. Si un sinistre survient pendant ce délai de 14 jours, la cotisation doit avoir été réglée au plus tard lors de la déclaration du sinistre.

La demande de renonciation doit être adressée par lettre recommandée avec accusé de réception, envoyée à :

CEGEMA

**679, avenue du Docteur Julien Lefebvre
BP189 - 06 272 Villeneuve Loubet Cedex.**

Modèle de lettre de renonciation en cas de Vente à Distance

Nom, prénom :
Adresse :
N° du contrat :
Mode de paiement choisi :
Montant de la cotisation déjà acquitté :
Madame, Monsieur,

Conformément aux dispositions de l'article L 112-2-1 Il du Code des assurances, j'entends par la présente renoncer au contrat d'assurance cité en références que j'ai souscrit en date du _____.

Je souhaite donc qu'il soit résilié à compter de la date de réception de la présente lettre.

Je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes salutations distinguées.

Fait le _____ à _____

Signature de l'Adhérent

• Si le Contrat est vendu par démarchage :

La vente par démarchage est la sollicitation d'un client, même à sa demande, à son domicile, sa résidence ou sur son lieu de travail, en vue de lui proposer la souscription d'un Contrat.

En vertu de l'article L112-9 alinéa 1er du code des assurances, « toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail même à sa demande, et qui signe dans ce cadre une proposition d'assurance ou un Contrat à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée avec demande d'avis de réception pendant un délai de 14 jours calendaires révolus à compter de la date d'adhésion, sans avoir à justifier de motif ni à supporter de pénalités ».

Si les conditions précitées sont réunies et sous réserve des autres dispositions de l'article L112-9 du Code des assurances – l'Adhérent peut renoncer au présent contrat.

La demande de renonciation doit être adressée par lettre recommandée avec accusé de réception, envoyée à :

CEGEMA

**679, avenue du Docteur Julien Lefebvre
BP189 - 06 272 Villeneuve Loubet Cedex.**

Modèle de lettre de renonciation en cas de démarchage

Nom, prénom :
Adresse :
N° du contrat :
Mode de paiement choisi :
Montant de la cotisation déjà acquitté :

Madame, Monsieur,

Conformément aux dispositions de l'article L 112-9 du Code des assurances, j'entends par la présente renoncer au contrat d'assurance cité en références que j'ai souscrit en date du _____.

Je souhaite donc qu'il soit résilié à compter de la date de réception de la présente lettre.

Je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes salutations distinguées.

Fait le _____ à _____

Signature de l'Adhérent

L'Assureur rembourse la cotisation perçue de l'Adhérent en application de l'adhésion, à l'exception du montant qui lui est dû en contrepartie du commencement d'exécution dans les conditions ci-dessus évoquées.

Ce remboursement intervient au plus tard dans les trente (30) jours suivant la réception par l'Assureur de la notification de la renonciation.

ART.9 LES DECLARATIONS

A l'adhésion

L'Adhérent doit répondre avec précision aux questions et demandes de renseignements figurant sur la demande d'adhésion.

Pour adhérer à l'une ou l'autre des formules de Garantie proposées dans le cadre du contrat **CEGEMA EQUILIBRE** il faudra répondre, sous forme de déclaration, à une demande d'information

concernant la situation personnelle des personnes à assurer. Ces déclarations seront reprises sur le Certificat d'adhésion et servent de base à l'établissement de l'adhésion. Elles permettent d'évaluer en toute connaissance de cause, l'engagement d'assurance, et de percevoir la cotisation adaptée.

En cours d'adhésion

Conformément à l'article L113-2 du Code des assurances, l'Adhérent doit déclarer, pour toute personne couverte par le contrat, tout événement modifiant les déclarations faites lors de l'adhésion et qui aurait pour effet de les rendre inexacts ou caduques et notamment :

- Un changement d'état civil,
- Une cessation ou un changement d'affiliation d'un des Bénéficiaires à un Régime Obligatoire,
- Un changement de domicile ou un départ hors de France Métropolitaine,
- La survenance d'un événement entraînant la cessation de qualité d'Ayant-droit,
- Un changement de profession ou une cessation d'activité professionnelle,
- Un changement de compte bancaire ou postal pour le prélèvement des cotisations et/ou le virement des prestations,
- L'existence ou la cessation de garanties de même nature souscrites auprès d'autres assureurs.

Les déclarations en cours de contrat doivent être faites par écrit simple :

**CEGEMA, 679, avenue du Docteur Julien Lefebvre
BP189 - 06 272 Villeneuve Loubet Cedex.**

Ces événements doivent être signalés dans un délai de 15 jours suivant leur survenance ; l'inobservation de ce délai, si elle cause un préjudice à l'Assureur, entraîne la perte de tout droit aux garanties liées à la modification.

Conformément à l'article L113-8 du Code des assurances, en cas de réticence ou fausse déclaration intentionnelle modifiant l'appréciation du risque assuré, l'adhésion est nulle et la prime payée demeure acquise à titre de pénalité. Conformément à l'article L113-9 du Code des assurances, en cas d'omission ou déclaration inexacte non intentionnelle, constatée avant sinistre, l'Assureur pourra résilier l'adhésion avec un préavis de 10 jours en restituant à l'Adhérent le prorata de prime ou en augmentant la prime à due proportion. Si cette omission ou fausse déclaration non intentionnelle est constatée après un sinistre, l'indemnité sera réduite à proportion de la part de prime payée rapportée à ce qu'elle aurait dû être si l'Assureur avait eu connaissance exacte de la situation de l'Assuré.

Les autres documents à transmettre à CEGEMA

Pour que CEGEMA puisse apporter la qualité de service attendue concernant la gestion de l'adhésion et notamment celle relative au remboursement des frais de santé et au paiement des cotisations, certaines informations complémentaires ou documents seront également demandés.

La validité des déclarations

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

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

ART.10 TERRITORIALITE

Les garanties du Contrat groupe ne bénéficient qu'aux seuls Assurés résidant à titre principal en France pour des frais engagés en France métropolitaine.

Elles s'étendent aux Accidents survenus et Maladies contractées à l'étranger lors de voyages ou de séjours de moins de 3 (trois) mois en une ou plusieurs fois, si le Régime Obligatoire français d'assurance maladie de l'Assuré s'applique.

La prise en charge s'effectue sur la base de 100% de la Base de Remboursement de la Sécurité Sociale Française et exclut tout autre remboursement.

Les actes hors nomenclature effectués à l'étranger ne sont pas pris en charge. Le règlement des prestations est effectué dans tous les cas en France et en euros, la conversion avec la monnaie étrangère étant calculée par l'Assureur au jour des dépenses par l'Assuré.

ART.11 GARANTIES ET MONTANT DE REMBOURSEMENT

Les remboursements ou les indemnités des frais occasionnés par une Maladie, une maternité ou un Accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge de l'Assuré ou de l'Adhérent après les remboursements de toute nature auxquels il a droit et avant la prise en charge instaurée par l'article L. 861-3 du Code de la sécurité sociale.

Sauf justification du coût réel des frais engagés et le montant pris en charge par la Sécurité sociale, ceux-ci sont réputés conformes au Tarif de Responsabilité de la Sécurité sociale.

Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit sa date de souscription. Dans cette limite, le bénéficiaire du contrat ou de la convention peut obtenir l'indemnité en s'adressant à l'organisme de son choix. Dans tous les cas, les remboursements sont limités au montant des frais réellement engagés.

Le produit **CEGEMA EQUILIBRE** comporte plusieurs niveaux de garanties dont les remboursements par poste sont détaillés dans le tableau de garanties.

Le niveau retenu est indiqué sur le certificat d'adhésion.

Les montants de remboursements s'entendent ;

- après déduction du remboursement du Régime Obligatoire lorsqu'il intervient,
- dans la limite du niveau de remboursement indiqué dans le tableau des garanties.
- Les montants de remboursements, figurant dans le tableau des garanties, sont exprimés, suivant le cas :
 - en pourcentage du tarif de responsabilité en vigueur fixé par le Régime Obligatoire : Tarif de Convention (TC) en secteur conventionné ou Tarif d'Autorité (TA) en secteur non conventionnel,
 - en Frais réels (FR),
 - en montant annuel (ou périodique selon les postes de garanties) exprimé en euros.

Les montants des forfaits représentent des plafonds de garanties qui incluent la prise en charge du Ticket Modérateur. Si ce plafond est atteint, seuls les actes remboursés par le Régime Obligatoire seront pris en charge à 100 % du tarif de responsabilité.

À l'exclusion du forfait optique (montures + verres), les forfaits sont valables par année civile d'adhésion et par Assuré, ils ne sont pas cumulables d'une année sur l'autre. Les remboursements d'un forfait sont toujours effectués déduction faite du remboursement de la Sécurité sociale dans la limite de l'option choisie. Dans tous les cas, les remboursements sont limités au montant de la dépense réelle en Euro.

Le tarif en vigueur auquel se réfère l'Assureur pour le calcul des prestations est celui de la date des soins.

De convention expresse, l'Assureur est de plein droit habilité à limiter ou contester sa prise en charge en cas de non-respect des

règles du Code de déontologie médicale.

Avantages Cagnotte de prestation

Les cagnottes sont attribuées à date anniversaire du contrat.

Optique – Dentaire - Audio : Le montant de la cagnotte exprimé en euros peut être utilisé pour les postes ci-après :

Dentaire : prothèses dentaires hors 100% Santé, l'orthodontie remboursée ou non prise en charge par le régime de base, la parodontie, l'implantologie,

Optique : les équipements optique (monture + verres) hors 100% Santé, les lentilles prescrites remboursées ou non prises en charge par le régime de base, la chirurgie réfractive,

Audio : les équipements auditifs hors 100% Santé, dans la limite des montants indiqués au Tableau de garantie.

L'attribution de la cagnotte est conditionnée au fait de ne pas avoir eu de remboursement sur les 3 postes mentionnés ci-dessus pendant la première année d'assurance.

La cagnotte est alors de 100€ au bout d'une année d'assurance sans remboursement.

Si un remboursement intervient en 2ème année d'assurance, la cagnotte de 100 € /an reste acquise pour toute la durée du contrat.

Elle passe à 150 € /an si l'Assuré n'a eu aucun remboursement sur les 3 postes ci-dessus pendant la première et la deuxième année d'assurance.

Cette cagnotte reste ensuite acquise pour toute la durée du contrat
Honoraires Hospitalisation OPTAM / OPTAM CO : La cagnotte est exprimée en % de la base de remboursement de la Sécurité totale.

L'attribution de la cagnotte est conditionnée au fait de ne pas avoir eu de remboursement sur le poste Honoraires hospitalisation OPTAM / OPTAM CO pendant la première année d'assurance.

La cagnotte est alors de +25% au bout d'une année d'assurance sans remboursement.

Si un remboursement intervient en 2ème année d'assurance, la cagnotte de +25% reste acquise pour toute la durée du contrat.

Elle passe à +50% si l'Assuré n'a eu aucun remboursement sur les postes ci-dessus **pendant la première et la deuxième année d'assurance.**

Cette cagnotte reste ensuite acquise pour la durée de vie du contrat.

Cas du forfait Confort Hospi et Frais accompagnant

Ce forfait permet le remboursement des frais de télévision, presse internet et téléphone (confort Hospi) ainsi que les frais de services hôteliers fournis par l'établissement hospitalier (lits, repas, petit déjeuner) pour les accompagnants (ascendants, descendants, conjoints) de l'assuré.

Ce forfait est attribué dans la limite de 30 jours par an.

Cas du forfait chambre particulière

Le forfait pour la chambre particulière est attribué dans la limite de 30 jours par an.

La chambre particulière n'est pas prise en charge en psychiatrie, neuropsychiatrie et assimilés, cures de désintoxication en cas d'alcoolisme ou de toxicomanie, maisons de rééducation, de repos, de convalescence, soins de suite et de réadaptation (SSR), unités de soins de longue durée (USLD) et établissements d'hébergement pour personnes âgées.

Cas du forfait Médecine complémentaire

Ce forfait permet le remboursement des consultations des acupuncteurs, chiropracteurs, diététiciens, étiopathes, homéopathes, mésothérapeutes, naturopathes, pédicures, ostéopathes, podologues, psychologues, réflexologues, sexologues, sophrologues et toutes spécialités si le praticien est

diplômé selon les dispositions prévues par la réglementation en vigueur et inscrits au registre officiel de leur profession - (ex : ADELI, RNE ...)

Cas de la garantie Cure Thermale

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

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

Le remboursement d'un équipement optique ou d'une aide auditive est encadré par une périodicité minimale de renouvellement, dans les conditions fixées dans le tableau des garanties annexe aux présentes Notice d'Information .

Renfort Privilège

Si ce renfort est choisi il vient enrichir les garanties de la façon suivante :

+15 € /jour en chambre particulière

+50 € /an en médecine complémentaire

+30 € /an pour les médicaments non remboursés et les actes de prévention

+150 € / an en forfait cure thermique (transport, hébergement et dépassement d'honoraire).

Les services complémentaires proposés

• Tiers payant : Si ce service est prévu dans le tableau des garanties, une carte de tiers payant peut-être délivrée à l'Adhérent par CEGEMA lors de la mise en place des Garanties afin de permettre aux Assurés la dispense d'avance de frais auprès de certains professionnels de santé partenaires.

L'utilisation de la carte 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 carte. En cas d'utilisation frauduleuse de la carte de tiers payant, CEGEMA 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 sa carte en cours de validité.

• Les Services d'Assistance Santé : S'ils sont mentionnés sur le tableau des garanties pour la formule de Garantie retenue, les Assurés bénéficient d'un ensemble de services d'assistance santé qui les accompagnent en cas de besoin. Les conditions de la garantie assistance sont indiquées dans une notice d'information jointe au présent document.

ART.12 LES EXCLUSIONS ET LES LIMITATIONS

Les exclusions de garantie

Ainsi qu'évoqué à l'Art 4 « Nature des garanties du contrat», les différentes formules du contrat étant responsables, les garanties ne sauraient couvrir :

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

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

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

Elles ne garantissent pas également les frais relatifs à des séjours en établissements médico-sociaux, services ou unités de soins de longues durées (USLD), maisons de

retraite, logements foyer pour personnes âgées, cures médicales spécialisées ou non.

- **Les limitations de garanties**

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

En 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.

ART.13 LA MODIFICATION DES GARANTIES

L'Adhérent peut demander à modifier ses Garanties à la hausse ou à la baisse à chaque échéance anniversaire dans la limite d'une modification tous les douze (12) mois adhésion, sous réserve d'en effectuer la demande au moins deux mois avant cette date et sous réserve d'acceptation de l'Assureur, via CEGEMA.

Une diminution du niveau de garantie ne sera acceptée qu'après un délai de 12 mois d'assurance minimum suivant la date d'effet du contrat ou la date d'effet de l'avenant s'il fait suite à une augmentation du niveau de remboursements.

Le Gestionnaire transmet à l'adhérent une proposition d'avenant matérialisant son nouveau niveau de garantie, le montant de sa nouvelle cotisation ainsi que la date d'effet de cette modification. L'Adhérent disposera d'un délai de trente (30) jours pour contester s'il le souhaite.

Tout Accident ou Maladie, entraînant une Hospitalisation, ayant une date de survenance antérieure à la prise d'effet de l'avenant, sera indemnisable, sous réserve de déclaration au Gestionnaire et d'acceptation par ce dernier, sur la base des garanties acquises antérieurement à la prise d'effet de l'avenant, et ce pendant toute la durée du sinistre, y compris les rechutes éventuelles (même pathologie).

ART.14 AJOUT OU SORTIE DES AYANTS-DROIT

En cours de vie de l'adhésion, l'Adhérent peut demander l'ajout ou la sortie des Ayants-droits, par écrit à l'adresse suivante :

**CEGEMA, 679, avenue du Docteur Julien Lefebvre
BP189 - 06 272 Villeneuve Loubet Cedex.**

Au cours de la première année du contrat

L'Adhérent a la possibilité de demander l'ajout ou la sortie d'un Ayant-droit par écrit et au plus tard (2) deux mois avant l'échéance principale de l'adhésion. La modification de l'adhésion prendra effet à la date d'échéance du contrat, sous réserve de la production des pièces justificatives.

Hors échéance anniversaire

Si un événement **survient en cours d'année entraînant l'acquisition de la qualité d'Ayant-droit** d'une personne que l'Adhérent souhaite assurer, ce dernier doit adresser une demande écrite au Gestionnaire.

Le Gestionnaire transmet à l'Adhérent une proposition d'avenant matérialisant le nouveau montant de sa cotisation. L'Adhérent disposera d'un délai de trente (30) jours pour renvoyer la lettre ayant valeur d'avenant.

Sous réserve de l'acceptation par l'Adhérent et la production des pièces justifiant de la date de l'événement et des conditions permettant d'être désigné ou non comme Ayant droit, la modification du contrat prendra effet :

- à la date de naissance du nouveau-né que l'adhérent souhaite assurer,
- à la date de jugement d'un enfant adopté,
- à la date de l'évènement,
- ou à la date de réception de la demande.

Si un événement survient en cours d'année entraînant la perte de

la qualité d'Ayant-droits, l'Adhérent doit le déclarer par écrit dans les quinze (15) jours suivant cet événement. La modification de l'adhésion prendra effet sous réserve de la production des pièces justifiant de la date de l'évènement et de la fin des conditions permettant d'être désigné comme Ayant-droit. Si des prestations ont été versées au-delà de ce délai, l'Assureur pourra demander à l'Adhérent le remboursement des prestations indûment réglées pour cet Ayant droit.

ART.15 LES COTISATIONS

La base de calcul et le montant des cotisations

En début d'adhésion

Le montant de la cotisation annuelle est mentionné sur le Certificat d'adhésion. Il est exprimé en euros tous frais et taxes inclus. Il est déterminé en fonction de la formule de Garantie choisie, du lieu de résidence de l'Adhérent, de l'âge des Assurés et des modalités de prise en charge et bases de remboursement en vigueur du (ou des) Régime(s) Obligatoire(s) dont ils relèvent lors de la prise d'effet des Garanties.

Elle ne dépend pas de l'état de santé des Assurés. La cotisation totale correspond au cumul des cotisations de chaque Assuré. La cotisation totale est due par l'Adhérent.

L'âge pris en compte pour le calcul est celui de l'Assuré au 31 décembre de l'année en cours.

La tarification « Enfant » s'applique jusqu'aux 19 ans inclus de l'enfant.

Le montant de la cotisation inclut des frais de fractionnement fixés à 1,00 € par mois et par contrat. (Hors périodicité de paiement annuelle).

En cours d'adhésion

La cotisation évolue en fonction de l'âge de l'Adhérent et de ses ayants droits à l'échéance de l'adhésion soit de +2,2 % par an jusqu'à l'âge de 60 ans, de +2.7% de 61 ans à 85 ans, de +4.7% au-delà.

La cotisation peut également évoluer :

- En cas d'ajout ou de sortie d'un bénéficiaire. Le montant de la cotisation sera mentionné sur le nouveau certificat d'adhésion ou sur l'avenant correspondant.
- En cas de changement du Régime Obligatoire d'un des Assurés.
- En cas de changement de domicile de l'Adhérent dès qu'il y a un changement de zone géographique tarifaire.

La variation des cotisations

En dehors de la variation prévue en fonction de l'âge des Assurés, lors de chaque Échéance anniversaire la cotisation pourra évoluer du fait de la réalisation d'un ou plusieurs des événements mentionnés ci-dessous :

- En cas de modification de la législation fiscale
- En cas d'évolution du taux d'accroissement des dépenses de santé publié par la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des travailleurs salariés,
- Immédiatement et automatiquement ou alors à l'Échéance anniversaire en cas de modification des conditions de remboursements et / ou des remboursements pris en charge par le Régime Obligatoire et/ou
- En cas d'évolution réglementaire,
- Immédiatement en cas d'évolution des impôts et taxes établis sur la cotisation postérieurement à l'adhésion.
- En cas d'évolution des résultats techniques constatée sur une ou plusieurs formules ou sur une catégorie de risques ou de Garanties. Les augmentations de cotisations seront notifiées à l'Adhérent par écrit au moins deux mois avant la date prévue de l'entrée en vigueur, à moins que les délais réglementaires ne permettent pas de respecter ce délai. L'Adhérent pourra être informé par courrier simple, l'Assureur étant expressément dispensé de recourir à un envoi recommandé. L'Adhérent ne

pourra exiger comme moyen de preuve de cette information l'envoi d'un courrier recommandé.

Toutefois, l'Adhérent est en droit de résilier le contrat dans les 30 jours suivant la notification de cette révision en cas de désaccord. De convention expresse, le paiement de la cotisation majorée vaut acceptation irrévocable de la majoration proposée.

La possibilité de résiliation ci-dessus ne s'applique pas à l'augmentation des taxes et charges parafiscales ou tout autre élément de la cotisation qui serait ajouté en application de dispositions légales.

Vente couplée avec Cegema Obsèques

En cas de vente couplée d'un contrat **CEGEMA EQUILIBRE** et d'un contrat CEGEMA OBSÈQUES assuré par GENERALI, si le contrat Cegema Obsèques est mis en réduction, est racheté ou n'a pas pris effet, la réduction de 10% accordée sur la prime du contrat **CEGEMA EQUILIBRE** est révisée immédiatement et selon le type de fractionnement choisi à la souscription du contrat. Si c'est l'avantage trois (3) mois gratuits qui a été choisi à l'adhésion, les cotisations Santé initialement prévues gratuites redeviennent payantes.

L'adhérent peut être amené à régler un surplus de prime proratisée au nombre de jours entre la date de mise en réduction, de rachat ou la date prévue de prise d'effet du contrat CEGEMA OBSÈQUES et la date de fin du mois en cours. Les primes du contrat **CEGEMA EQUILIBRE** des mois suivants la mise en réduction, le rachat ou l'absence de prise d'effet du contrat CEGEMA OBSÈQUES sont également révisées à la hausse.

Le paiement des cotisations

La cotisation est payable d'avance, selon le fractionnement choisi par l'Adhérent (périodicité annuelle, semestrielle, trimestrielle ou mensuelle) et qui figure sur le certificat d'adhésion. Le prélèvement SEPA est obligatoire pour les paiements. Il s'effectue pour chaque mois de quittance à la date de prélèvement, indiquée sur la demande d'adhésion, du mois précédant la quittance.

En cas de rejet de prélèvement SEPA, les frais de représentation et les frais financiers sont mis à la charge de l'adhérent.

Le non-paiement des cotisations

A défaut de paiement de la cotisation ou d'une fraction de celle-ci dans les 10 jours suivants son échéance, CEGEMA pourra, indépendamment de son droit de poursuivre l'exécution de l'adhésion en justice, l'adresser au dernier domicile connu de l'Adhérent une lettre recommandée valant mise en demeure. Les Garanties seront suspendues à l'issue d'un délai de 30 jours après l'envoi de cette lettre, et l'adhésion sera résiliée 10 jours après la suspension des garanties.

L'adhésion, en cas de suspension, reprend ses effets le lendemain à midi du jour où les cotisations arriérées, les cotisations venues à échéance, les éventuels frais de poursuite et de recouvrement ont été payés durant les 40 jours suivant cette mise en demeure. La suspension des Garanties entraîne pour chaque Assuré, la perte de tout droit aux remboursements des frais de soins (se rapportant à des Accidents, Maladie ou maternité) survenus pendant cette période.

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

ART.16 LE REGLEMENT DES PRESTATIONS

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

- par mail à : moncontratsanté@cegema.com

- par courrier à :

**CEGEMA, 679, avenue du Docteur Julien Lefebvre BP.189
06272 Villeneuve Loubet Cedex**

Le remboursement est appliqué séparément pour chaque poste de frais pris en charge par le Régime Obligatoire d'assurance maladie. Il est toujours subordonné au remboursement préalable du Régime Obligatoire d'assurance maladie, sauf dispositions contraires figurant au tableau des garanties. Les prestations sont réglées dans les meilleurs délais une fois que l'Adhérent a transmis les justificatifs nécessaires tels que détaillés ci-dessous. Les prestations sont réglées en euros sur un compte ouvert auprès d'un établissement bancaire français ou d'un établissement composant l'Espace Economique Européen. Les décomptes seront disponibles en ligne dans l'espace personnel des Assurés géré par CEGEMA.

Télétransmission

La transmission des décomptes de remboursements des Assurés bénéficiaires peut être effectuée directement par les caisses d'assurance maladie, sous forme d'échange de données informatiques. Si l'Adhérent ne souhaite pas bénéficier du service de la Télétransmission automatique, il peut faire connaître son refus à tout moment en écrivant à :

- par mail à : moncontratsanté@cegema.com

- par courrier à :

**CEGEMA, 679, avenue du Docteur Julien Lefebvre BP.189
06272 Villeneuve Loubet Cedex**

En cas de rejet de la Télétransmission, l'Adhérent sera amené à transmettre son décompte.

Seuls les décomptes pour lesquels un remboursement n'a pas été traité automatiquement devront être envoyés.

Tiers Payant

L'adhésion à cette offre permet de bénéficier des avantages d'une carte de Tiers Payant.

Pour les dépenses de pharmacie remboursables par la Sécurité sociale, l'Adhérent est dispensé du paiement du Ticket Modérateur. Cet avantage est étendu aux autres dépenses de santé auprès de tous les professionnels de santé conventionnés, qui acceptent le dispositif.

A compter du 1er janvier 2022, le bénéfice du mécanisme de tiers payant sera étendu sur les prestations faisant l'objet de ces garanties, au moins à hauteur des tarifs de responsabilité et à hauteur des frais exposés par l'Assuré en sus des tarifs de responsabilité dans la limite des prix fixés en application de l'article L. 165-3 pour les produits et prestations relevant des classes à prise en charge renforcée définies en application du deuxième alinéa de l'article L. 165-1 ainsi qu'à hauteur des frais de soins dentaires prothétiques exposés par l'assuré en sus des tarifs de responsabilité et dans la limite des honoraires de facturation fixés par la convention prévue à l'article L. 162-9, pour les actes définis par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

La carte de Tiers Payant permet également de bénéficier d'une prise en charge dans la limite de la garantie souscrite, en cas d'Hospitalisation en France par l'intermédiaire de l'établissement hospitalier auprès de l'organisme de Tiers Payant ou sur simple demande à :

- par mail à : moncontratsante@cegema.com

- par courrier à :

**CEGEMA, 679, avenue du Docteur Julien Lefebvre BP.189
06272 Villeneuve Loubet Cedex**

En cas de suspension ou de résiliation de l'adhésion, l'Adhérent s'engage à restituer immédiatement sa carte de Tiers Payant. Il s'engage également à rembourser à l'Assureur les prestations induites réglées aux praticiens postérieurement à cette suspension ou cette résiliation.

Justificatifs à produire

La liste des pièces justificatives à fournir est la suivante :

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

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

L'Adhérent qui emploie ou produit intentionnellement des documents inexacts ou frauduleux sera déchu de tout droit à garantie pour le sinistre concerné.

Les demandes de remboursements ou de prestations quelle que soit leur nature doivent parvenir à CEGEMA dans un délai de deux ans suivant la date de cessation des soins, sous peine de déchéance.

ART.17 CONTRÔLE, PROCÉDURE D'EXPERTISE ET ARBITRAGE

Contrôle des dépenses

Le médecin-conseil peut demander à l'Adhérent tout renseignement ou document complémentaire qu'il juge utiles et le cas échéant demander une expertise médicale, afin de permettre l'appréciation du droit aux prestations notamment en ce qui concerne le principe et la fréquence de l'engagement des dépenses et leur montant.

Sous peine de déchéance, l'Adhérent doit lui communiquer ces informations, soit directement sous pli confidentiel soit par l'intermédiaire de son médecin, et se soumettre à toute expertise médicale éventuelle.

En fonction du résultat de ces contrôles, l'Assureur se réserve le droit de contester au regard des dispositions de la présente adhésion, la prise en charge des frais dont le remboursement est demandé ou le montant de sa prise en charge.

De convention expresse, l'Adhérent reconnaît le droit de subordonner la mise en jeu de la garantie au respect de ces conditions. En cas de refus de l'Adhérent, l'Assureur pourra, de convention expresse, s'opposer à la mise en jeu de la garantie.

Procédure d'expertise

Les médecins et délégués missionnés par l'Assureur auront, à toute époque le droit de constater médicalement l'état de santé de l'Adhérent. Dans le cas où l'Adhérent ne peut se déplacer, le médecin missionné doit avoir accès à son lieu de résidence.

Arbitrage

En cas de persistance d'un désaccord de l'Assuré sur les conclusions du médecin expert que l'Assureur a désigné, le différend est soumis à une expertise amiable avant tout recours à la voie judiciaire.

Chacune des parties choisit un médecin expert devant régler le différend. À défaut d'accord entre eux, ceux-ci s'adjoignent un troisième expert et tous trois opèrent en commun et à la majorité des voix.

À défaut d'accord entre les médecins sur le nom du tiers expert, la désignation est effectuée par le Président du Tribunal Judiciaire du domicile de l'adhérent. Cette nomination est faite sur simple requête signée des deux parties ou d'une seulement, l'autre partie ayant été convoquée par lettre recommandée. Les trois médecins opèrent en commun et à la majorité des voix. Chaque partie paie les frais et honoraires de son représentant. Les honoraires du tiers médecin sont supportés à charge égale par les deux parties.

ART.18 SUBROGATION

En vertu de l'article L.121-12 du Code des assurances, l'Assureur est subrogé dans les droits et actions des Assurés envers tout responsable jusqu'à concurrence de l'indemnité qu'il a versée.

ART.19 PRESCRIPTION

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

Article L. 114-1

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

- 1) En cas de réticence, omission, déclaration fausse 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 2ème alinéa ci-dessus, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès de l'Assuré. Causes d'interruption de la prescription

Article L. 114-2

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

Article L. 114-3

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

Les causes ordinaires d'interruption

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

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

Article 2240 du Code civil

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

- Demande en justice

Article 2241 du Code civil

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

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

Article 2242 du Code civil

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

Article 2243 du Code civil

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

Mesure conservatoire et acte d'exécution forcée

Article 2244 du Code civil

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

Étendue de la prescription quant aux personnes

Article 2245 du Code civil

L'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription contre tous les autres, même contre leurs héritiers. En revanche, l'interpellation faite à l'un des héritiers d'un débiteur solidaire ou la reconnaissance de cet héritier n'interrompt pas le délai de prescription à l'égard des autres cohéritiers, même en cas de créance hypothécaire, si l'obligation est divisible. Cette interpellation ou cette reconnaissance n'interrompt le délai de prescription, à l'égard des autres codébiteurs, que pour la part dont cet héritier est tenu. Pour interrompre le délai de prescription pour le tout, à l'égard des autres codébiteurs, il faut l'interpellation faite à tous les héritiers du débiteur décédé ou la reconnaissance de tous ces héritiers.

Article 2246 du Code civil

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

Les causes de report du point de départ ou les causes de suspension de la prescription visées à l'article L. 114-3 du Code des assurances sont énumérées aux articles 2233 à 2239 du Code civil reproduits ci-après dans leur version en vigueur au 1er janvier 2019 :

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>) ou sur simple demande écrite auprès de l'Assureur.

ART.20 LA PROTECTION DES DONNEES A CARACTERE PERSONNEL

20.1- Identification du responsable de traitement

Pour l'ensemble des opérations décrites ci-après, L'EQUITE est responsable de traitement, à l'exception des opérations listées ci-après pour lesquelles elle définit la finalité.

CEGEMA, en qualité de délégataire de gestion, est responsable de traitement en ce qui concerne l'intégralité des moyens techniques et essentiels du traitements nécessaires à la gestion des contrats d'assurance pour les opérations suivantes :

- Souscription des contrats ;
- Gestion de la vie du contrat ;
- Encaissement et recouvrement des primes ;
- Gestion et règlement des sinistres ;
- Gestion des réclamations ;
- Archivages des pièces de gestion.

20.2- Les finalités du traitement et les bases juridiques du traitement

Les données ont pour finalité de satisfaire à votre demande et de permettre la réalisation de mesures précontractuelles, d'actes de souscription, de gestion et d'exécution ultérieure du contrat y compris de profilage et de mesures de prévention en lien avec ce contrat ainsi que la réalisation de prospection commerciale. A ce titre, elles pourront être utilisées à des fins de recouvrement, d'études statistiques et actuarielles, d'exercice des recours et de gestion des réclamations et contentieux, d'examen, d'appréciation, de contrôle et de surveillance du risque, et de respect des obligations légales, réglementaires et administratives.

Ces informations pourront également être utilisées comme explicité ci-dessous pour des besoins de prospection commerciale y compris de profilage sous réserve de votre consentement ou de votre droit d'opposition, ainsi que pour permettre la lutte contre la fraude à l'assurance.

Vous trouverez ci-dessous les bases juridiques correspondant aux finalités de traitement :

Les bases juridiques	Finalités de traitement
Exécution du contrat ou de mesures précontractuelles	- Réalisation de mesures précontractuelles telles que notamment délivrance de conseil, devis. - Réalisation d'actes de souscription, de gestion et d'exécution ultérieure du contrat - Recouvrement - Exercice des recours et application des conventions entre assureurs
Consentement pour les données de santé (hors service des prestations de remboursement de frais de soins).	- Gestion des réclamations et contentieux - Prise de décision automatisée liée à la souscription ou l'exécution du contrat - Certaines données peuvent entraîner des décisions sur la souscription et l'exécution du contrat notamment la tarification, l'ajustement des garanties - Examen, appréciation, contrôle et surveillance du risque - Etudes statistiques et actuarielles - Amélioration continue des offres et process
Obligations légales	- Lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme - Respect des obligations légales, réglementaires et administratives
Intérêt public	- Lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme
Intérêt légitime	- Lutte contre la fraude afin de protéger les intérêts de l'ensemble des parties non-fraudeuses au contrat - Prospection commerciale et profilage lié à la prospection commerciale Afin de vous permettre de bénéficier d'une couverture d'assurance aussi complète que possible et de bénéficier de produits ou services contribuant à vos besoins de protection
Traitement des données santé à des fins de protection sociale	Versement des prestations pour les contrats ayant pour objet remboursement de frais de soins.

20.3- Informations complémentaires dans le cadre des données personnelles vous concernant et non collectées auprès de vous

Catégorie de données susceptibles de nous être transmises :

- État civil, identité, données d'identification
- Données biométriques aux fins d'identifier une personne physique de manière unique
- Données de localisation (notamment déplacements, données GPS, GSM)
- Informations d'ordre économique et financier (revenus, situation financière, situation fiscale, etc.)
- Numéro d'identification national unique
- Données de santé issues du codage CCAM.

La source d'où proviennent les données à caractère personnel : Ces données peuvent émaner de votre employeur, d'organismes sociaux de base ou complémentaire, d'organismes professionnels contribuant à la gestion des contrats d'assurance, de toute autorité

administrative habilitée.

A des fins de prospection commerciale, elles peuvent être obtenues dans le cadre d'opération de parrainage ou de la part d'organismes dûment habilités.

20.4- Clause spécifique relative à la fraude

Vous êtes également informé que l'assureur met en œuvre un dispositif ayant pour finalité la lutte contre la fraude à l'assurance pouvant, notamment, conduire à l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude, inscription pouvant avoir pour effet un allongement de l'étude de votre dossier, voire la réduction ou le refus du bénéfice d'un droit, d'une prestation, d'un contrat ou service proposés par votre intermédiaire en assurance. Dans ce cadre, des données personnelles vous concernant (ou concernant les personnes parties ou intéressées au contrat) peuvent être traitées par toutes personnes habilitées intervenant au sein des services de l'assureur ou de votre intermédiaire en assurance. Ces données peuvent également être destinées au personnel habilité des organismes directement concernés par une fraude (autres organismes d'assurance ou intermédiaires ; organismes sociaux ou professionnels ; autorités judiciaires, médiateurs, arbitres, auxiliaires de justice, officiers ministériels ; organismes tiers autorisés par une disposition légale et, le cas échéant, les victimes d'actes de fraude ou leurs représentants).

20.5- Clause spécifique relative aux obligations réglementaires et à l'intérêt public

Dans le cadre de l'application des dispositions du Code monétaire et financier, le recueil d'un certain nombre d'informations à caractère personnel est obligatoire à des fins de lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme.

De plus, l'article 43 de la Directive (UE) 2015/849 du 20 mai 2015 modifié par la directive (UE) 2018/843 du 30 mai 2018 prévoit que la prévention du blanchiment de capitaux et du financement du terrorisme est également considérée comme une question d'intérêt public au sens du Règlement Européen 2016/679 (RGPD) Dans ce cadre, vous pouvez exercer votre droit d'accès auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés, 3 Place de Fontenoy – TSA 80715 – 75334 PARIS CEDEX 07

20.6- Les destinataires ou les catégories de destinataires

Les données vous concernant pourront être communiquées en tant que de besoin et au regard des finalités mentionnées ci-dessus, aux entités du Groupe Generali ainsi qu'à des partenaires, intermédiaires, réassureurs et assureurs concernés, organismes professionnels, organismes sociaux des personnes impliquées sous-traitants et prestataires, dans la limite nécessaire des tâches leur incombant ou qui leur sont confiées. Par ailleurs, en vue de satisfaire aux obligations légales et réglementaires les responsables de traitement pourront communiquer des données à caractère personnel à des autorités administratives et judiciaires légalement habilitées.

Au titre de la prévention de la lutte anti-blanchiment et du financement du terrorisme, ces données pourront également être partagées entre les entités juridiques du Groupe pouvant se situer au sein et hors de l'Union Européenne, aux fins d'enrichir leurs processus de filtrage locaux et de mettre en œuvre une approche commune sur la classification des risques clients dans l'ensemble du Groupe.

20.7- Localisation des traitements de vos données personnelles

Le groupe GENERALI France a adopté des normes internes en matière de protection des données et de sécurité informatique afin de garantir la protection et la sécurité de vos données.

Aujourd'hui, nos data centers sur lesquels sont hébergées vos données sont localisés en France, en Italie et en Allemagne.

S'agissant des traitements réalisés hors du Groupe GENERALI

par des partenaires externes, une vigilance toute particulière est apportée quant à la localisation des traitements, leur niveau de sécurisation (opérationnel et technique) et le niveau de protection des données personnelles du pays destinataire afin de garantir un niveau de protection optimal.

Les traitements réalisés aujourd'hui hors de l'Espace Economique Européen concernent des traitements liés à certains types d'actes de gestion, d'envoi ponctuels d'e-mails ou de SMS, la supervision d'infrastructures ou la maintenance de certaines applications. Ces traitements opérés depuis des pays tiers font l'objet d'un encadrement juridique (Clauses Contractuelles Types, Règles d'entreprise contraignantes).

Ces documents sont disponibles sur demande écrite auprès du Délégué à la Protection des Données du Groupe Generali France, à l'adresse suivante : droitdaces@generali.fr

Les data centers CEGEMA sur lesquels sont hébergées vos données sont localisés en France.

20.8- Les durées de conservation

Vos données personnelles sont susceptibles d'être conservées pendant toute la durée nécessaire à l'exécution du contrat d'assurance en référence aux délais de prescriptions légales et sous réserve des obligations légales et réglementaires de conservation.

20.9- L'exercice des droits

Dans le cadre du traitement que nous effectuons, vous disposez dans les conditions prévues par la réglementation :

- **D'un droit d'accès** : vous disposez du droit de prendre connaissance des données personnelles vous concernant, dont nous disposons et demander à ce que l'on vous en communique l'intégralité,
- **D'un droit de rectification** : vous pouvez demander à corriger vos données personnelles notamment en cas de changement de situation,
- **D'un droit de suppression** : vous pouvez nous demander la suppression de vos données personnelles notamment lorsque ces dernières ne sont plus nécessaires ou lorsque vous retirez votre consentement au traitement de certaines données sauf s'il existe un autre fondement juridique à ce traitement,
- **Du droit de définir des directives relatives au sort de vos données personnelles en cas de décès,**
- **D'un droit à la limitation du traitement** : vous pouvez nous demander de limiter le traitement de vos données personnelles,
- **D'un droit à la portabilité des données** : vous pouvez récupérer dans un format structuré les données, que vous nous avez fournies lorsque ces dernières sont nécessaires au contrat ou lorsque vous avez consenti à l'utilisation de ces données. Ces données peuvent être transmises directement au responsable du traitement de votre choix lorsque cela est techniquement possible, droit de retrait : vous avez le droit de retirer le consentement donné pour un traitement fondé sur cette base. Ce retrait vaut pour l'avenir et ne remet pas en cause la licéité des traitements déjà effectués.

Il est susceptible de rendre l'exécution du contrat impossible sans être pour autant une cause de résiliation reconnue par le droit des assurances. Cependant, le retrait de données nécessaires à l'exécution du contrat et notamment au contrôle de la pertinence des engagements réciproques, est susceptible de rendre impossible l'exécution du contrat, dès lors que ces données participent du consentement des parties à la contractualisation.

Dans une telle hypothèse, cette impossibilité d'exécution peut être une cause contractuellement définie de déchéance de garantie.

- **Droit d'opposition** : vous pouvez vous opposer au traitement de vos données personnelles à l'adresse ci-après.

Vous pouvez exercer vos droits sur simple demande en l'accompagnant d'une copie d'un titre d'identité à l'adresse

suivante : dpo@cegema.com ou à l'adresse postale suivante CEGEMA – Data Protection Officer 679 avenue du Docteur Julien Lefebvre BP189 – 06272 Villeneuve-Loubet.

Ces droits peuvent être également exercés aux adresses suivantes sur simple demande après avoir fourni une preuve de votre identité : droitdaces@generali.fr ou à l'adresse postale suivante Generali

– Conformité - TSA 70100 75309 Paris Cedex 09.

- **Droit d'introduire une réclamation** : Par ailleurs, vous pouvez introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale Informatique et Liberté, 3 Place de de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07.

Coordonnées du Délégué à la Protection des Données Personnelles Pour toute demande, vous pouvez contacter le délégué à la protection des données :

Pour le délégataire de gestion, CEGEMA, Data Protection Officer, 679 avenue du Docteur Lefebvre – BP189 – 06272 Villeneuve-Loubet Cedex

ou à l'adresse électronique dpo@cegema.com

Pour l'assureur, à Generali - Conformité - Délégué à la protection des données personnelles – TSA 70100 75309 Paris Cedex 09

ou à l'adresse électronique droitdaces@generali.fr

Profilage et prise de décision automatisée

Dans le cadre de la souscription et l'exécution du contrat, les risques à assurer peuvent, à partir d'informations vous concernant ou concernant vos biens, être appréciés et quantifiés suivant des traitements automatisés ou faire intervenir des éléments de profilage vous concernant.

De tels traitements peuvent avoir un impact sur la tarification ou l'ajustement des garanties.

Vous disposez du droit d'obtenir une intervention humaine de la part du responsable du traitement, d'exprimer votre point de vue et de contester la décision.

Vous pouvez exercer ces droits à l'adresse mentionnée pour l'exercice de vos droits.

Prospection

Dans le cadre d'opérations de prospection et afin de vous permettre de bénéficier d'une couverture d'assurance aussi complète que possible et de bénéficier de produits ou services contribuant à vos besoins de protection en matière d'assurance, certaines données vous concernant ou concernant les risques à assurer, peuvent ou pourront entraîner des décisions automatisées ou fondées sur le profilage, consistant notamment à vous adresser certaines offres commerciales.

Vous disposez d'un droit d'opposition à recevoir des offres commerciales ainsi que du droit de vous opposer au profilage de vos données lié à la prospection que vous pouvez exercer à l'adresse ci-dessus.

ART.21 RECLAMATIONS – MEDIATION

Litiges et Réclamations

- Le premier contact : l'interlocuteur habituel

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

Service Client CEGEMA - 679 avenue du Docteur Julien Lefebvre BP 189 06272 Villeneuve-Loubet Cedex.

Téléphone : 04 92 02 08 50.

- Le deuxième contact : le Service Réclamations

Si le différend persiste, l'Adhérent devra formuler une réclamation ou signifier son désaccord, par courrier simple adressé au Service Réclamations à l'adresse ci-dessous qui traitera la réclamation le plus rapidement et le plus objectivement possible :

L'Equité – Cellule Qualité – 75433 Paris Cedex 09.

Les délais de traitement de la réclamation de l'Adhérent ne

peuvent excéder :

- Dix jours ouvrables à compter de la réception de la réclamation, pour en accuser réception, sauf si la réponse elle-même est apportée à l'Adhérent dans ce délai,
- Deux mois entre la date de réception de la réclamation et la date d'envoi de la réponse définitive apportée à l'Adhérent.

Procédure de médiation

- En dernier recours : le médiateur de l'assurance

Le médiateur de l'assurance peut être saisi à l'adresse suivante :

Par courrier, en écrivant à l'adresse suivante : La Médiation de l'Assurance, TSA 50110 – 75441 PARIS Cedex 09.

- Ou par voie électronique, en complétant un formulaire de saisine sur le site de la Médiation de l'Assurance : <http://www.mediation-assurance.org/>

Rubrique : je saisis le Médiateur

Cependant, il est précisé que le Médiateur ne peut être saisi qu'après que le Service réclamations de l'Assureur a été saisi de la demande de l'Adhérent et y a apporté une réponse.

L'Assuré a un délai d'un an à compter de l'ouverture de la première réclamation pour saisir le médiateur.

Seuls les litiges concernant les particuliers sont de la compétence du médiateur de la France Assureurs. Le médiateur de la France Assureurs ne peut être saisi si une action contentieuse a été ou est engagée.

Le Médiateur de l'Assurance exerce sa mission en toute indépendance.

Plateforme Européenne de règlement des litiges

En cas de proposition du contrat d'assurance Cegema Equilibre en ligne, vous avez aussi la possibilité, en qualité de consommateur, de recourir à la plateforme de Règlement en Ligne des Litiges (RLL) de la Commission Européenne accessible sur le site internet suivant : <http://ec.europa.eu/consumers/odr>

ART.22 AUTORITE DE CONTROLE

Les activités de l'Assureur et de CEGEMA s'exercent sous le contrôle de leur autorité de tutelle, l'ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution). ACPR - 4 place de Budapest – 75436 Paris Cedex 09.

ART.23 OPPOSITION AU DÉMARCHAGE TÉLÉPHONIQUE

Si vous êtes un consommateur et que vous ne souhaitez pas faire l'objet de prospection commerciale par voie téléphonique, vous pouvez vous inscrire gratuitement sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique sur le site internet www.bloctel.gouv.fr. Nous pourrions cependant toujours vous contacter, directement, ou par l'intermédiaire d'un tiers agissant pour notre compte, concernant votre contrat, ou pour vous proposer des produits ou services afférents ou complémentaires à celui-ci ou de nature à l'améliorer.

ART.24 SANCTIONS INTERNATIONALES

L'Assureur ne sera tenu à aucune garantie, ne fournira aucune prestation et ne sera obligé de payer aucune somme au titre du présent contrat dès lors que la mise en œuvre d'une telle garantie, la fourniture d'une telle prestation ou un tel paiement l'exposerait à une sanction, prohibition ou restriction résultant d'une résolution de l'Organisation des Nations Unies, et/ou aux sanctions économiques ou commerciales prévues par les lois et/ou règlements édictés par l'Union européenne, la France, les États-Unis d'Amérique ou par tout autre droit national applicable au présent contrat prévoyant de telles mesures.

Le présent contrat ne couvre pas, et ne saurait imposer à l'Assureur de fournir une garantie, payer un sinistre, ou accorder quelque couverture ou prestation, relativement à des risques situés en Biélorussie, Crimée, République populaire démocratique de Corée (Corée du nord), en Iran, Venezuela et/ou en Syrie.

Sommaire

LEXIQUE	28
PREAMBULE	30
ART.1 OBJET DU CONTRAT	30
ART.2 QUI PEUT ADHERER AU CONTRAT ?	30
ART.3 PERSONNES ASSUREES ET AGE LIMITE D'ADHESION	30
ART.4 NATURE DES GARANTIES DU CONTRAT	30
ART.5 EFFET, DUREE ET RENOUVELLEMENT DE L'ADHESION	30
ART.6 PRISE D'EFFET ET DURÉE DES GARANTIES	31
ART.7 RESILIATION	31
ART.8 DROIT DE RENONCIATION	32
ART.9 LES DECLARATIONS	32
ART.10 TERRITORIALITE	33
ART.11 GARANTIES ET MONTANT DE REMBOURSEMENT	33
ART.12 LES EXCLUSIONS ET LES LIMITATIONS	33
ART.13 LA MODIFICATION DES GARANTIES	33
ART.14 AJOUT OU SORTIE DES AYANTS-DROIT	34
ART.15 LES COTISATIONS	34
ART.16 LE REGLEMENT DES PRESTATIONS	35
ART.17 CONTRÔLE, PROCÉDURE D'EXPERTISE ET ARBITRAGE	35
ART.18 SUBROGATION	36
ART.19 PRESCRIPTION	36
ART.20 LA PROTECTION DES DONNEES A CARACTERE PERSONNEL	37
ART.21 RECLAMATIONS – MEDIATION	39
ART.22 AUTORITE DE CONTROLE	39
ART.23 OPPOSITION AU DÉMARCHAGE TÉLÉPHONIQUE	39
ART.24 SANCTIONS INTERNATIONALES	39

Notice d'information relative aux contrats collectifs à adhésion facultative **HONORAIRES+** :

n° AQ002134, n° AQ002135, n° AQ002136 et n° AQ002137 pour le renfort non responsable souscrits par GPMA (Groupement Prévoyance Maladie Accident), association loi 1901, 75447 Paris Cedex 09, auprès de l'Équité l'Assureur, entreprise régie par le Code des assurances - S.A au capital de 26 469 320 € - Siège : 2, rue Pillet-Will – 75009 Paris, société appartenant au Groupe Generali, immatriculé sur le registre italien des groupes d'assurance sous le numéro 026.

Le contrat **HONORAIRES+** a été développé et négocié par CEGEMA qui le distribue à titre exclusif via son propre réseau commercial et un réseau d'intermédiaires d'assurances partenaires, et en assure la gestion par délégation de l'Assureur.

CEGEMA

SA de gestion et de courtage d'assurance au capital de 313 800 euros. Siège social : 679, avenue du Docteur Lefebvre - BP 189 - 06272 Villeneuve-Loubet Cedex. RCS Antibes B 378 966 485 - ORIAS n° 07 001 328 - www.orias.fr - Fax 04 92 02 08 60 www.cegema.com

LEXIQUE

Chaque terme ou expression mentionné(e) ci-dessous a, lorsqu'il (elle) est employé(e) avec une majuscule, la signification suivante :

Accident

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

Adhérent

La personne physique âgée de 18 à 99 ans inclus signant le bulletin d'adhésion au contrat d'assurance, membre de l'association souscriptrice GPMA et désignée au certificat d'adhésion. Elle est responsable de la déclaration du risque et des obligations définies au contrat et paye les cotisations.

Adhésion à distance

Lorsque l'adhésion au contrat **HONORAIRES+** est réalisée au moyen d'une méthode de vente à distance (par internet, téléphone, sms,...).

Année d'assurance

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

Assuré ou Ayant(s) droit

La (ou les) personne(s) garantie(s) par l'adhésion et désignée(s) au Certificat d'adhésion.

Assureur

L'ÉQUITÉ - SA au capital de 26 469 320 €, Entreprise régie par le Code des assurances - RCS Paris B 572 084 697 - 2 rue Pillet-Will - 75009 Paris - Société appartenant au Groupe Generali, immatriculé sur le registre italien des groupes d'assurances sous le numéro 026

Avenant

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

Base de remboursement

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

On parle de :

- Tarif de convention (TC) lorsque les actes sont effectués par un professionnel conventionné. Il s'agit d'un tarif résultant d'une

convention signée entre l'assurance maladie obligatoire et les représentants des professions concernées par cette convention ;

- Tarif d'autorité (TA) pour les actes pratiqués par des professionnels de santé non conventionnés.

Il s'agit d'un tarif forfaitaire servant de base de remboursement pour des actes pratiqués par des professionnels non conventionnés avec l'assurance maladie obligatoire. Ce tarif est très inférieur au tarif de convention ;

- Tarif de responsabilité (TR) pour les médicaments, appareillages et autres biens médicaux.

Catégories de médecin

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

- Médecin conventionné en secteur 1

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

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

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

- Médecin conventionné en secteur 2

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

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

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

- Médecin non conventionné

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

Centre hospitalier spécialisé (CHS)

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

Certificat d'adhésion

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

Conclusion de l'adhésion

L'adhésion est conclue par l'accord entre l'Adhérent et l'Assureur. La date de conclusion correspond à la date d'édition du Certificat d'adhésion.

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.

Couple

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

Date d'effet

Date à laquelle débute l'adhésion. Elle est indiquée au certificat d'adhésion.

Déchéance

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

Délai d'attente (ou période d'attente)

Période durant laquelle les garanties sont limitées à 100% de la Base de Remboursement. Le point de départ de cette période est la Date d'effet indiquée au Certificat d'adhésion.

Demande d'adhésion

Document remis à la personne désirant adhérer au contrat **HONORAIRES+** avant la signature du contrat. La demande d'adhésion sert de base à la collecte des informations nécessaires à l'appréciation du risque à assurer par l'assureur. Ce document n'engage ni l'assureur ni le candidat à l'assurance. Toutefois, lorsque le contrat d'assurance a pris effet, la proposition engage l'assuré et une déclaration inexacte entraîne des sanctions prévues au contrat et par la loi.

Dépassement d'honoraires

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

Domicile

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

Échéance anniversaire

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

Enfants

Les enfants

- âgés de moins de 18 ans, reconnus à sa charge ou à celle de son conjoint au sens du régime obligatoire auquel relève l'adhérent ou son conjoint,
- âgés de 18 à 26 ans inclus, sous réserve :
 - qu'ils poursuivent des études secondaires ou supérieures et n'exercent pas d'emploi rémunéré à caractère permanent,
 - qu'ils soient en formation en alternance ou en contrat d'apprentissage,
 - qu'ils soient inscrits au Pôle Emploi en tant que primo demandeur d'emploi,
- sans limite d'âge si l'enfant bénéficie des allocations pour personnes handicapées prévues par la loi n°2005-12 du 11 février 2005

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

France

Il s'agit de la France Métropolitaine (y compris Corse).

Forfait annuel

Montant payable par Assuré une fois par Année d'assurance.

Franchise médicale

En vigueur depuis le 1er janvier 2008, c'est une somme d'argent qui est déduite par la Sécurité sociale de chacun des remboursements de l'assuré social (à l'exception des jeunes de moins de 18 ans, des bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire et de l'aide médicale de l'État, des femmes enceintes). Elle s'élève à :

- 0,50-euro par boîte de médicaments délivrés en ville.

- 0,50-euro par acte par un auxiliaire médical en ville, sans pouvoir excéder 2 euros par jour.

- 2 euros par transport effectué en véhicule sanitaire hors urgence, sans pouvoir excéder 4 euros par jour.

Ces franchises sont décomptées dans la limite d'un plafond annuel qui ne pourra pas excéder 50 euros par personne.

Les franchises médicales ne sont pas prises en charge par le contrat.

Garantie

Elle correspond aux prestations assurées dans le cadre de la formule retenue, qui forment un tout indissociable et constituent ainsi la Garantie.

Hospitalisation

Tout séjour dans un établissement hospitalier en France et dans le monde entier (hôpital ou clinique, public ou privé) d'au moins 24 heures consécutives dû à une Maladie ou un Accident ou une maternité et ayant fait l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie.

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 peut avoir accès.

Les Hospitalisations non recommandées par un médecin ou celles qui ne sont pas nécessaires au traitement d'une Maladie ou d'un Accident sont exclues de la Garantie.

Maladie

Toute altération de l'état de santé provoquant des troubles diagnostiqués par une autorité médicale habilitée et qualifiée.

Nullité

Annulation pure et simple de l'adhésion au contrat qui est considérée n'avoir jamais existée.

Parcours de soins

Il s'agit du circuit que les patients doivent respecter pour être remboursés selon la réglementation en vigueur dans le cadre de ce parcours. Il consiste à déclarer un médecin traitant auprès de l'assurance maladie obligatoire et le consulter en priorité ou à consulter un médecin correspondant sur orientation de son médecin traitant. Certains médecins spécialistes peuvent être consultés sans pour autant passer par le médecin traitant (gynécologues, ophtalmologues, stomatologues, psychiatres et neuropsychiatres pour les Enfants de moins de 26 ans).

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^e mois de grossesse.
- et des bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire ou de l'Aide médicale de l'État (AME).

Le nombre de participations forfaitaires est plafonné 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.

Régime Obligatoire (RO)

Le Régime Obligatoire d'assurance maladie de Sécurité sociale Français auprès duquel est affilié l'Adhérent.

Télétransmission

Le système de Télétransmission Noémie est un échange d'information automatisé entre les caisses d'assurance maladie et l'Assureur. Il permet d'assurer des remboursements de frais

médicaux dans un délai très rapide puisque les décomptes de l'assurance maladie sont transmis à l'Assureur sans que l'Assuré n'ait besoin de lui adresser.

Souscripteur

Association GPMA (Groupement Prévoyance Maladie Accident), association loi 1901, 75447 Paris Cedex 09, souscriptrice du contrat groupe.

Ticket modérateur (TM)

Différence entre la base de remboursement prise en compte par le Régime Obligatoire et le remboursement effectué par ce dernier.

Tiers Payant (TP)

Système dont bénéficient les personnes affiliées à un régime de Sécurité sociale français obligatoire et qui leur permet, sous certaines conditions, d'être dispensées d'avancer totalement ou partiellement les frais médicaux. Il est matérialisé par une carte Vitale qui atteste des droits de l'Assuré à l'assurance maladie. L'Assureur délivre à l'Adhérent une carte de Tiers Payant santé qui lui permet, à lui ou ses Ayants droit, en la présentant aux professionnels de santé, de bénéficier d'une dispense de paiement du Ticket Modérateur.

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 ou d'un établissement hospitalier à un autre. L'Assuré garde le libre choix de l'établissement hospitalier.

PREAMBULE

L'adhésion au contrat est constituée des éléments suivants :

- La Demande d'Adhésion.
- La présente Notice d'Information valant Conditions Générales qui définit les conditions d'application de l'adhésion au contrat, expose l'ensemble des Garanties proposées et pouvant être souscrites. Elle informe sur les risques non couverts et indique également la marche à suivre pour obtenir les remboursements.
- Le Certificat d'Adhésion qui matérialise l'acceptation de l'adhésion par l'Assureur et précise notamment les différentes conditions personnelles de l'adhésion, les personnes assurées, l'étendue et les modalités des Garanties effectivement souscrites.
- Le Tableau des Garanties qui précise les dépenses de santé couvertes,
- La fiche IPID (document d'information sur le produit d'assurance),
- Les exemples de Remboursements
- Le document d'information sur les taux de redistribution et taux de frais de gestion visés par l'arrêté du 20 juin 2020.

La personne souhaitant souscrire les Garanties du contrat **HONORAIRES+** devra adhérer à l'association GPMA. La cotisation d'adhésion annuelle en vigueur sera prélevée une fois par an, à l'adhésion du contrat puis l'échéance anniversaire. Les statuts de GPMA sont disponibles sur le site www.gpma-asso.fr.

L'adhésion aux contrats est régie par la loi française, notamment le Code des assurances. L'adhésion est soumise à la réglementation fiscale française. Les parties s'engagent à utiliser, pendant toute la durée de l'adhésion, la langue française.

ART.1 OBJET DU CONTRAT

Le contrat **HONORAIRES+** est un contrat complémentaire au contrat santé collectif à adhésion facultative **CEGEMA EQUILIBRE**. Il a pour objet de garantir à l'Adhérent le remboursement des honoraires médicaux et chirurgicaux des médecins n'ayant pas souscrit à l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM ou OPTAMCO), suite à Maladie, Accident ou Hospitalisation, dans la limite des Garanties souscrites. La garantie intervient en complément des prestations versées par le Régime Obligatoire et de celles correspondant à la garantie souscrite dans le cadre du contrat **CEGEMA EQUILIBRE**. Les frais engagés doivent faire l'objet d'une

prescription et avoir donné lieu à un remboursement du Régime Obligatoire. Les remboursements de frais de santé doivent correspondre à des dépenses de soins effectués après la date la date d'effet du contrat et à expiration du délai d'attente. Les remboursements dépendent des garanties choisies. Ils ne peuvent en aucun cas être supérieurs aux dépenses réelles. Cette garantie peut être étendue aux membres de la famille de l'Adhérent.

ART.2 QUI PEUT ADHÉRER AU CONTRAT ?

Pour adhérer au contrat **HONORAIRES+** il faut :

- Adhérer à l'association GPMA ;
- Être une personne majeure civilement responsable ;
- Être adhérent au contrat **CEGEMA EQUILIBRE** pour l'une des formules de garantie proposée ;
- Être âgé(e) à la date de signature de la demande d'adhésion d'au moins 18 ans et de moins de 99 ans inclus l'âge étant calculé par la différence entre le millésime de l'année et le millésime de l'année de naissance ;
- Résider en France ;
- Être affilié(e) à un Régime Obligatoire Français, en tant qu'assuré social ou ayant-droit.

Le contrat n'est pas éligible aux dispositifs de la loi Madelin.

ART.3 PERSONNES ASSUREES ET AGE LIMITE D'ADHESION

L'Adhérent, et s'il est désigné sur le Certificat d'adhésion, son Conjoint et les Enfants sous conditions. Les Assurés doivent par ailleurs être affiliés auprès d'un Régime obligatoire en tant qu'assuré social ou ayant droit.

Les personnes assurées dans le cadre du contrat **HONORAIRES+** sont les mêmes que celles du contrat **CEGEMA EQUILIBRE**.

ART.4 NATURE DES GARANTIES DU CONTRAT

L'adhésion est viagère dès sa prise d'effet sous réserve du paiement intégral des cotisations.

Le contrat **HONORAIRES+** garantit le complément de l'éventuel reste à charge relatif aux honoraires médicaux et chirurgicaux acquittés par l'Adhérent et ses Ayants droit auprès des médecins n'ayant pas souscrit à l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée OPTAM et OPTAMCO, tant dans le cadre d'une Hospitalisation que des soins de ville courants pour les frais engagés pendant la période de garantie.

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

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

Toutefois, les Garanties ne prendront pas en charge les pénalités pour les personnes qui n'ont pas respecté le Parcours de soins, telles que :

- la majoration du Ticket modérateur de la Sécurité sociale en cas de non-respect du Parcours de soins, prévue à l'article L. 162-5-3 du Code de la Sécurité sociale.
 - la 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.
- Elles ne prendront également pas en charge la participation forfaitaire prévue aux II et III de l'article L.160-13 du Code de la Sécurité sociale.

ART.5 EFFET, DUREE ET RENOUVELLEMENT DE L'ADHESION

L'adhésion est conclue par l'accord entre l'Adhérent et l'Assureur, via CEGEMA.

Elle est matérialisée par l'émission d'un Certificat d'adhésion. La date de conclusion est indiquée au Certificat d'adhésion.

L'adhésion prend effet à la date mentionnée sur le Certificat d'adhésion.

Elle se renouvelle ensuite chaque année, à l'Échéance Anniversaire du contrat sauf dénonciation dans les conditions mentionnées à l'article 7 : « ART.7 – Résiliation ». L'Adhérent ne pourra toutefois demander la résiliation que si son adhésion a une durée effective minimum de 12 mois.

ART.6 PRISE D'EFFET ET DURÉE DES GARANTIES

Les garanties sont acquises immédiatement avec un délai d'attente de 1 (un) mois (remboursement à 100% pendant ce délai) pour les postes Honoraires Hospitalisation OPTAM / OPTAM CO ou non OPTAM / non OPTAM CO, à compter de la date d'effet de l'adhésion mentionnée sur le certificat d'adhésion, sous réserve de l'encaissement effectif de la première prime.

Seuls les frais engagés après l'admission d'un Assuré dans l'assurance, sous réserve que cet engagement ne soit pas consécutif à un examen ou une prescription antérieure à son admission, et avant sa radiation peuvent faire l'objet d'un remboursement. Les frais engagés après la radiation d'un Assuré ne sont jamais remboursés même s'ils résultent d'un événement antérieur à la radiation.

La garantie est viagère. Elle cesse toutefois :

- Dès que l'Assuré ne répond plus à la définition d'Assuré prévue ci-dessus ;
- A la date d'effet de la résiliation de l'Adhésion.

ART.7 RESILIATION

L'adhésion peut être résiliée dans les circonstances et les délais précisés ci-dessous.

Formes de la résiliation

Lorsque la résiliation vient de l'Adhérent, selon les conditions prévues à l'article L113-14 du Code des Assurances, elle doit se faire :

- Par lettre ou tout autre support durable, par acte extrajudiciaire ou par déclaration faite au Gestionnaire à l'adresse suivante : **CEGEMA, 679, avenue du Docteur Julien Lefebvre, BP.189 - 06272 Villeneuve Loubet Cedex.**
- Par envoi recommandé électronique à l'adresse : moncontratsante@cegema.com

Précisions sur l'envoi recommandé électronique

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

Cette preuve de dépôt comporte les informations suivantes:

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

Lorsque la résiliation est du fait de l'Assureur, elle doit se faire par lettre recommandée envoyée au dernier domicile connu de l'Adhérent.

Conséquences de la résiliation

Les garanties issues de l'adhésion restent acquises aux Assurés pour tous les soins et traitements en cours jusqu'à la date de prise d'effet de la résiliation.

Résiliation par l'Adhérent

L'Adhérent peut résilier son adhésion :

- À la date d'Échéance anniversaire moyennant le respect d'un préavis de deux mois. La résiliation prend effet la veille de l'Échéance à 24 heures (article L113-12 du Code des assurances).
- À tout moment, après l'expiration d'un délai d'un an à compter de l'adhésion au contrat. La résiliation prend effet un mois après que l'Assureur en a reçu notification par l'Adhérent (L113-15-2 du Code des Assurances).
- En cas de modification des conditions du Contrat groupe à l'initiative de l'Assureur ou du Souscripteur
- En cas de refus de l'augmentation de cotisations selon les modalités prévues à l'article 14 ci-dessous.

Résiliation par l'Assureur

L'Assureur peut résilier l'adhésion :

- En cas de non-paiement des cotisations (article L141-3 du Code des assurances). Dans ce cas, l'Adhérent demeure tenu de payer les primes dues pour toute la période de garantie en cours. L'Assureur envoie alors à l'Adhérent, au plus tôt 10 jours après l'échéance impayée, une mise en demeure de payer. La résiliation prend effet 40 jours après l'envoi de ladite lettre de mise en demeure, si la cotisation n'est pas intégralement régularisée.
- En cas d'omission ou d'inexactitude dans la déclaration de l'Adhérent sans que la mauvaise foi de ce dernier soit établie (article L113-9 du Code des assurances). La résiliation prend effet 10 jours après envoi de la lettre de résiliation.

Résiliation par l'Adhérent ou par l'Assureur

L'Adhérent ou l'Assureur peut résilier l'adhésion en cas de changement de domicile en France métropolitaine ou à l'étranger, de situation matrimoniale, de profession, de départ à la retraite ou de cessation d'activité professionnelle lorsque l'adhésion a pour objet la garantie de risques en relation directe avec la situation antérieure et qui ne se retrouvent pas dans la situation nouvelle (article L 113-16 du Code des assurances). Si elle émane de l'Adhérent, la demande de résiliation doit être effectuée dans les 3 mois qui suivent le changement sus-évoqué. Si elle émane de l'Assureur, la demande de résiliation doit être effectuée dans les 3 mois qui suivent la notification du changement par l'Adhérent à l'Assureur.

Dans tous les cas, la résiliation prend effet 1 mois après la notification de la lettre recommandée.

Résiliation de plein droit

L'adhésion est résiliée de plein droit :

- En cas de décès de l'adhérent. En présence d'Ayants droit, les garanties sont maintenues jusqu'à la prochaine échéance de cotisation. S'ils le souhaitent, un nouveau contrat leur sera proposé, qui tiendra compte des garanties et conditions antérieures à la résiliation.
- Lorsque l'Adhérent perd la qualité de résident fiscal français,
- Lorsque l'Adhérent réside en dehors du territoire français plus de 3 mois par an en une ou plusieurs fois,
- En cas de départ de France. La résiliation prend effet le 1er jour qui suit la cessation ou le changement d'affiliation à un Régime Obligatoire d'assurance maladie.
- En cas de retrait de l'agrément de l'Assureur (article L326-12 du Code des assurances)

Résiliation du Contrat par le Souscripteur ou l'Assureur

Le Contrat groupe pourra être résilié par l'Assureur ou l'Association GPMA par lettre recommandée avec accusé de réception envoyée à l'autre Partie au moins 3 mois avant la date de renouvellement. En cas de résiliation, aucune adhésion nouvelle ne pourra être acceptée. En revanche, les adhésions en cours continueront à bénéficier de l'ensemble des clauses et conditions du contrat existantes à la date de résiliation.

ART.8 DROIT DE RENONCIATION

L'Adhérent dispose d'un délai pour renoncer à son adhésion aux conditions et selon les modalités décrites ci-après :

• Si le Contrat est vendu à distance :

On entend par vente à distance le Contrat conclu au moyen d'une ou plusieurs techniques de commercialisation à distance (cf. notamment de vente par correspondance ou internet).

Conformément à l'article L112-2-1 du code des assurances, un délai de renonciation de quatorze (14) jours calendaires révolus s'applique en cas de vente à distance.

Ce délai commence à courir soit à compter de la date de signature du contrat, soit à compter du jour où l'Adhérent a reçu les conditions contractuelles et les informations particulières si cette dernière date est postérieure. Si un sinistre survient pendant ce délai de 14 jours, la cotisation doit avoir été réglée au plus tard lors de la déclaration du sinistre.

Cette renonciation doit être faite par lettre recommandée avec accusé de réception, envoyée à :

**CEGEMA, 679, avenue du Docteur Julien Lefebvre
BP189 - 06 272 Villeneuve Loubet Cedex.**

Modèle de lettre de renonciation en cas de Vente à Distance

Nom, prénom :
Adresse :
N° du contrat :
Mode de paiement choisi :
Montant de la cotisation déjà acquitté :
Madame, Monsieur,
Conformément aux dispositions de l'article L 112-2-1 II du Code des assurances, j'entends par la présente renoncer au contrat d'assurance cité en références que j'ai souscrit en date du _____. Je souhaite donc qu'il soit résilié à compter de la date de réception de la présente lettre.
Je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes salutations distinguées.
Fait le _____ à _____ Signature de l'Adhérent

• Si le Contrat est vendu par démarchage :

La vente par démarchage est la sollicitation d'un client, même à sa demande, à son domicile, sa résidence ou sur son lieu de travail, en vue de lui proposer la souscription d'un Contrat.

En vertu de l'article L112-9 alinéa 1er du code des assurances, « toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail même à sa demande, et qui signe dans ce cadre une proposition d'assurance ou un Contrat à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée avec demande d'avis de réception pendant un délai de 14 jours calendaires révolus à compter de la date d'adhésion, sans avoir à justifier de motif ni à supporter de pénalités ».

Si les conditions précitées sont réunies et sous réserve des autres dispositions de l'article L112-9 du Code des assurances – l'Adhérent peut renoncer au présent contrat.

Cette renonciation doit être faite par lettre recommandée avec accusé de réception, envoyée à :

**CEGEMA, 679, avenue du Docteur Julien Lefebvre
BP189 - 06 272 Villeneuve Loubet Cedex.**

Modèle de lettre de renonciation en cas de démarchage

Nom, prénom :
Adresse :
N° du contrat :
Mode de paiement choisi :
Montant de la cotisation déjà acquitté :
Madame, Monsieur,
Conformément aux dispositions de l'article L 112-9 du Code

des assurances, j'entends par la présente renoncer au contrat d'assurance cité en références que j'ai souscrit en date du _____.

Je souhaite donc qu'il soit résilié à compter de la date de réception de la présente lettre.

Je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes salutations distinguées.

Fait le _____ à _____ Signature de l'Adhérent

L'Assureur rembourse la cotisation perçue de l'Adhérent en application de l'adhésion, à l'exception du montant qui lui est dû en contrepartie du commencement d'exécution dans les conditions ci-dessus évoquées.

Ce remboursement intervient au plus tard dans les trente (30) jours suivant la réception par l'Assureur de la notification de la renonciation.

ART.9 LES DECLARATIONS

A l'adhésion

L'Adhérent doit répondre avec précision aux questions et demandes de renseignements figurant sur la demande d'adhésion.

Pour adhérer au contrat **HONORAIRES+** l'Adhérent devra répondre, sous forme de déclaration, à une demande d'information concernant la situation personnelle des personnes à assurer. Ces déclarations seront reprises sur le Certificat d'adhésion et servent de base à l'établissement de l'adhésion. Elles permettent d'évaluer en toute connaissance de cause, l'engagement d'assurance, et de percevoir la cotisation adaptée.

En cours d'adhésion

Conformément à l'article L 113-2 du Code des assurances, l'Adhérent doit déclarer, pour toute personne couverte par le contrat, tout événement modifiant les déclarations faites lors de l'adhésion et qui aurait pour effet de les rendre inexacts ou caduques et notamment :

- un changement d'état civil,
- une cessation ou un changement d'affiliation d'un des bénéficiaires au Régime Obligatoire,
- un changement de domicile ou un départ hors de France métropolitaine,
- la survenance d'un événement entraînant la cessation de qualité d'Ayant droit,
- un changement de profession ou une cessation d'activité professionnelle,
- un changement de compte bancaire ou postal pour le prélèvement des cotisations et/ou le virement des prestations,
- l'existence ou la cessation de garanties de même nature souscrites auprès d'autres assureurs.

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

Conformément à l'article L113-8 du Code des assurances, en cas de réticence ou fausse déclaration intentionnelle modifiant l'appréciation du risque assuré, l'adhésion est nulle et la prime payée demeure acquise à titre de pénalité. Conformément à l'article L113-9 du Code des assurances, en cas d'omission ou déclaration inexacte non intentionnelle, constatée avant sinistre, l'Assureur pourra résilier l'adhésion avec un préavis de 10 jours en restituant à l'Adhérent le prorata de prime ou en augmentant la prime à due proportion. Si cette omission ou fausse déclaration non intentionnelle est constatée après un sinistre, l'indemnité sera réduite à proportion de la part de prime payée rapportée à ce qu'elle aurait dû être si l'Assureur avait eu connaissance exacte de

la situation de l'Assuré.

Les autres documents à transmettre à CEGEMA

Pour que CEGEMA puisse apporter la qualité de service attendue concernant la gestion de l'adhésion et notamment celle relative au remboursement des frais de santé et au paiement des cotisations, certaines informations complémentaires ou documents seront également demandés.

La validité des déclarations

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

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

ART.10 TERRITORIALITE

La garantie du Contrat groupe ne bénéficient qu'aux seuls Assurés résidant à titre principal en France pour des frais engagés en France métropolitaine.

Elles s'étendent aux Accidents survenus et Maladies contractées à l'étranger lors de voyages ou de séjours de moins de trois mois en une ou plusieurs fois, si le Régime Obligatoire français d'assurance maladie de l'Assuré s'applique.

La prise en charge s'effectue sur la base de 100% de la Base de Remboursement de la Sécurité Sociale, et exclut tout autre remboursement.

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

Le règlement des prestations est effectué dans tous les cas en France et en euros, la conversion avec la monnaie étrangère étant calculée par l'Assureur au jour des dépenses par l'Assuré.

ART.11 GARANTIES ET MONTANT DE REMBOURSEMENT

La Garantie Santé

La Garantie intervient en complément des prestations versées par la Sécurité sociale et de celles servies au titre de la formule de base retenue par l'Adhérent dans le cadre du contrat **CEGEMA EQUILIBRE**, dans la limite des frais réellement engagés et de la Garantie souscrite dont le montant est précisé dans le tableau des Garanties.

Elle est exprimée en pourcentage de la Base de remboursement de la Sécurité sociale.

L'Adhérent ne peut percevoir pour lui-même ou pour les membres de sa famille assurés, un remboursement supérieur à celui des frais réellement engagés.

La date prise en compte pour la prise en charge des dépenses de santé garanties est celle qui correspond ;

- À la date des soins figurant sur le bordereau de remboursement du Régime Obligatoire (ou dans le fichier informatique communiqué par celui-ci) ;
- Aux dates de prescription, de proposition, d'exécution et de délivrance pour les frais et actes non pris en charge par le Régime Obligatoire.

En tout état de cause, les dates de proposition, d'exécution et de délivrance doivent se situer dans la période de garantie.

Les remboursements de l'Assureur interviennent en complément de ceux de la Sécurité Sociale (ou de tout autre organisme offrant des prestations similaires) et de ceux des éventuels organismes complémentaires auprès desquels les assurés pourraient être garantis.

- Les services complémentaires proposés

- Tiers payant : Si ce service est prévu dans le tableau des

garanties, une carte de tiers payant peut-être délivrée à l'Adhérent par CEGEMA lors de la mise en place des Garanties afin de permettre aux Assurés la dispense d'avance de frais auprès de certains professionnels de santé partenaires.

L'utilisation de la carte 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 carte. En cas d'utilisation frauduleuse de la carte de tiers payant, CEGEMA 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 sa carte en cours de validité.

- Les Services d'Assistance Santé : S'ils sont mentionnés sur le tableau des garanties pour la formule de Garantie retenue, les Assurés bénéficient d'un ensemble de services d'assistance santé qui les accompagnent en cas de besoin. Les conditions de la garantie assistance sont indiquées dans une notice d'information jointe au présent document.

ART.12 LES EXCLUSIONS ET LES LIMITATIONS

Les exclusions de garantie

Ainsi qu'évoqué à l'Art .4 « Nature des garanties du contrat », bien que la garantie du contrat soit non responsable, elle ne saurait couvrir :

- la majoration du ticket modérateur de la Sécurité sociale en cas de non-respect du parcours de soins, prévue à l'article L. 162-5-3 du Code de la Sécurité sociale ;
- la contribution forfaitaire et la franchise médicale prévues au II et III de l'article L. 160-13 du Code de la Sécurité sociale ;

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

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

Les limitations de garanties

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

En 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.

ART.13 LA MODIFICATION DES GARANTIES

L'Adhérent peut demander à modifier ses Garanties à chaque échéance anniversaire sous réserve d'en effectuer la demande au moins deux mois avant cette date et sous réserve d'acceptation de l'Assureur, via CEGEMA.

Une diminution du niveau de garantie ne sera acceptée qu'après un délai de 12 mois d'assurance minimum suivant la date d'effet du contrat ou la date d'effet de l'avenant s'il fait suite à une augmentation du niveau de remboursements.

Le Gestionnaire transmet à l'adhérent une proposition d'avenant matérialisant son nouveau niveau de garantie, le montant de sa nouvelle cotisation ainsi que la date d'effet de cette modification. L'Adhérent disposera d'un délai de trente (30) jours pour contester s'il le souhaite.

Tout Accident ou Maladie, entraînant une Hospitalisation, ayant une date de survenance antérieure à la prise

d'effet de l'avenant, sera indemnisable, sous réserve de déclaration au Gestionnaire et d'acceptation par ce dernier, sur la base des garanties acquises antérieurement à la prise d'effet de l'avenant, et ce pendant toute la durée du sinistre, y compris les rechutes éventuelles (même pathologie).

ART.14 AJOUT OU SORTIE DES AYANTS-DROIT

En cours de vie de l'adhésion, l'Adhérent peut demander l'ajout ou la sortie des Ayants-droits, par écrit à l'adresse suivante :

**CEGEMA, 679, avenue du Docteur Julien Lefebvre
BP189 - 06 272 Villeneuve Loubet Cedex.**

Au cours de la première année du contrat

L'Adhérent a la possibilité de demander l'ajout ou la sortie d'un Ayant-droit par écrit et au plus tard (2) deux mois avant l'échéance principale de l'adhésion. La modification de l'adhésion prendra effet à la date d'échéance du contrat, sous réserve de la production des pièces justificatives.

Hors échéance anniversaire

Si un événement survient en cours d'année entraînant l'acquisition de la qualité d'Ayant-droit d'une personne que l'Adhérent souhaite assurer, ce dernier doit adresser une demande écrite au Gestionnaire.

Le Gestionnaire transmet à l'Adhérent une proposition d'avenant matérialisant le nouveau montant de sa cotisation. L'Adhérent disposera d'un délai de trente (30) jours pour renvoyer la lettre ayant valeur d'avenant.

Sous réserve de l'acceptation par l'Adhérent et la production des pièces justifiant de la date de l'événement et des conditions permettant d'être désigné ou non comme Ayant droit, la modification du contrat prendra effet :

- à la date de naissance du nouveau-né que l'adhérent souhaite assurer,
- à la date de jugement d'un enfant adopté,
- à la date de l'évènement,
- ou à la date de réception de la demande.

Si un événement survient en cours d'année entraînant la perte de la qualité d'Ayant-droits, l'Adhérent doit le déclarer par écrit dans les quinze (15) jours suivant cet événement. La modification de l'adhésion prendra effet sous réserve de la production des pièces justifiant de la date de l'évènement et de la fin des conditions permettant d'être désigné comme Ayant-droit. Si des prestations ont été versées au-delà de ce délai, l'Assureur pourra demander à l'Adhérent le remboursement des prestations indûment réglées pour cet Ayant droit.

ART.15 LES COTISATIONS

La base de calcul et le montant des cotisations

En début d'adhésion

Le montant de la cotisation est mentionné sur le Certificat d'adhésion. Il est exprimé en euros tous frais et taxes inclus. Il est déterminé en fonction de la formule de Garantie choisie, du lieu de résidence de l'Adhérent, de l'âge des Assurés et des modalités de prise en charge et bases de remboursement en vigueur du (ou des) Régime(s) Obligatoire(s) dont ils relèvent lors de la prise d'effet des Garanties.

Elle ne dépend pas de l'état de santé des Assurés. La cotisation totale correspond au cumul des cotisations de chaque Assuré. La cotisation totale est due par l'Adhérent.

L'âge pris en compte pour le calcul est celui de l'Assuré au 31 décembre de l'année en cours.

En cours d'adhésion

- En cours d'adhésion les cotisations évoluent lors de chaque renouvellement annuel de 2,2 % par an jusqu'à l'âge de 60 ans, de 2.7% de 61 ans à 85 ans, de 4,7% au-delà.

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

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

• La cotisation peut évoluer en cas de changement de domicile de l'Adhérent dès qu'il y a changement de zone géographique tarifaire.

La tarification « Enfant » s'applique jusqu'aux 19 ans inclus de l'enfant.

La variation des cotisations

En dehors de la variation prévue en fonction de l'âge des Assurés, lors de chaque Échéance anniversaire la cotisation pourra évoluer du fait de la réalisation d'un ou plusieurs des événements mentionnés ci-dessous :

• Evolution du taux d'accroissement des dépenses de santé publié par la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des travailleurs salariés,

• En cas d'évolution des résultats techniques constatée sur une ou plusieurs formules ou sur une catégorie de risques ou de Garanties. Les augmentations de cotisations seront notifiées à l'Adhérent par écrit au moins deux mois avant la date prévue de l'entrée en vigueur, à moins que les délais réglementaires ne permettent pas de respecter ce délai. L'Adhérent pourra être informé par courrier simple, l'Assureur étant expressément dispensé de recourir à un envoi recommandé. L'Adhérent ne pourra exiger comme moyen de preuve de cette information l'envoi d'un courrier recommandé. Toutefois, l'Adhérent est en droit de résilier le contrat dans les 30 jours suivant la notification de cette révision en cas de désaccord. De convention expresse, le paiement de la cotisation majorée vaut acceptation irrévocable de la majoration proposée. La possibilité de résiliation ci-dessus ne s'applique pas à l'augmentation des taxes et charges parafiscales ou tout autre élément de la cotisation qui serait ajouté en application de dispositions légales,

• Immédiatement et automatiquement ou alors à l'Échéance anniversaire en cas de modification des conditions de remboursements et / ou des remboursements pris en charge par le Régime Obligatoire et/ou

• En cas d'évolution réglementaire,

• Immédiatement en cas d'évolution des impôts et taxes établis sur la cotisation postérieurement à l'adhésion.

Le paiement des cotisations

La cotisation est payable d'avance, selon le fractionnement choisi par l'Adhérent (périodicité annuelle, semestrielle, trimestrielle ou mensuelle) et qui figure dans le certificat d'adhésion. Le prélèvement SEPA est obligatoire pour les paiements. Il s'effectue pour chaque mois de quittance à la date de prélèvement, indiquée sur la demande d'adhésion, du mois précédant la quittance.

En cas de rejet de prélèvement SEPA, les frais de représentation et les frais financiers sont mis à la charge de l'adhérent.

Le non-paiement des cotisations

A défaut de paiement de la cotisation ou d'une fraction de celle-ci dans les 10 jours suivants son échéance, CEGEMA pourra, indépendamment de son droit de poursuivre l'exécution de l'adhésion en justice, l'adresser au dernier domicile connu de l'Adhérent une lettre recommandée valant mise en demeure. Les Garanties seront suspendues à l'issue d'un délai de 30 jours après l'envoi de cette lettre, et l'adhésion sera résiliée 10 jours après la suspension des garanties.

L'adhésion, en cas de suspension, reprend ses effets le lendemain à midi du jour où les cotisations arriérées, les cotisations venues à échéance, les éventuels frais de poursuite et de recouvrement

ont été payés. La suspension des Garanties entraîne pour chaque Assuré, la perte de tout droit aux remboursements des frais de soins (se rapportant à des Accidents, Maladie ou maternité) survenus pendant cette période.

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

ART.16 LE REGLEMENT DES PRESTATIONS

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

- par mail à : moncontratsanté@cegema.com
- par courrier à :

CEGEMA, 679, avenue du Docteur Julien Lefebvre BP.189 06272 Villeneuve Loubet Cedex

Le remboursement est appliqué séparément pour chaque poste de frais pris en charge par le Régime Obligatoire d'assurance maladie. Il est toujours subordonné au remboursement préalable du Régime Obligatoire d'assurance maladie, sauf dispositions contraires figurant au tableau des garanties. Les prestations sont réglées dans les meilleurs délais une fois que l'Adhérent a transmis les justificatifs nécessaires tels que détaillés ci-dessous. Les prestations sont réglées en euros sur un compte ouvert auprès d'un établissement bancaire français ou d'un établissement composant l'Espace Economique Européen. Les décomptes seront disponibles en ligne dans l'espace personnel des Assurés géré par CEGEMA.

Télétransmission

La transmission des décomptes de remboursements des Assurés bénéficiaires peut être effectuée directement par les caisses d'assurance maladie, sous forme d'échange de données informatiques. Si l'Adhérent ne souhaite pas bénéficier du service de la Télétransmission automatique, il peut faire connaître son refus à tout moment en écrivant à :

- par mail à : moncontratsanté@cegema.com
- par courrier à :

CEGEMA, 679, avenue du Docteur Julien Lefebvre BP.189 06272 Villeneuve Loubet Cedex

En cas de rejet de la Télétransmission, l'Adhérent sera amené à transmettre son décompte.

Seuls les décomptes pour lesquels un remboursement n'a pas été traité automatiquement devront être envoyés.

Tiers Payant

L'adhésion à cette offre permet de bénéficier des avantages d'une carte de Tiers Payant.

Pour les dépenses de pharmacie remboursables par la Sécurité sociale, l'Adhérent est dispensé du paiement du Ticket Modérateur. Cet avantage est étendu aux autres dépenses de santé auprès de tous les professionnels de santé conventionnés, qui acceptent le dispositif.

A compter du 1er janvier 2022, le bénéfice du mécanisme de tiers payant sera étendu sur les prestations faisant l'objet de ces garanties, au moins à hauteur des tarifs de responsabilité et à hauteur des frais exposés par l'Assuré en sus des tarifs de responsabilité dans la limite des prix fixés en application de l'article L. 165-3 pour les produits et prestations relevant des classes à prise en charge renforcée définies en application du deuxième alinéa de l'article L. 165-1 ainsi qu'à hauteur des frais de soins dentaires prothétiques exposés par l'assuré en sus des tarifs de responsabilité et dans la limite des honoraires de facturation fixés par la convention prévue à l'article L. 162-9, pour les actes définis par arrêté des ministres chargés de la

santé et de la sécurité sociale.

La carte de Tiers Payant permet également de bénéficier d'une prise en charge dans la limite de la garantie souscrite, en cas d'Hospitalisation en France par l'intermédiaire de l'établissement hospitalier auprès de l'organisme de Tiers Payant ou sur simple demande à :

- par mail à : moncontratsanté@cegema.com

- par courrier à : **CEGEMA, 679, avenue du Docteur Julien Lefebvre BP.189 06272 Villeneuve Loubet Cedex**

En cas de suspension ou de résiliation de l'adhésion, l'Adhérent s'engage à restituer immédiatement sa carte de Tiers Payant. Il s'engage également à rembourser à l'Assureur les prestations indument réglées aux praticiens postérieurement à cette suspension ou cette résiliation.

Justificatifs à produire

La liste des pièces justificatives à fournir est la suivante :

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

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

L'Adhérent qui emploie ou produit intentionnellement des documents inexacts ou frauduleux sera déchu de tout droit à garantie pour le sinistre concerné.

Les demandes de remboursements ou de prestations quelle que soit leur nature doivent parvenir à CEGEMA dans un délai de deux ans suivant la date de cessation des soins, sous peine de déchéance.

ART.17 CONTRÔLE, PROCÉDURE D'EXPERTISE ET ARBITRAGE

Contrôle des dépenses

Le médecin-conseil peut demander à l'Adhérent tout renseignement ou document complémentaire qu'il juge utiles et le cas échéant demander une expertise médicale, afin de permettre l'appréciation du droit aux prestations notamment en ce qui concerne le principe et la fréquence de l'engagement des dépenses et leur montant.

Sous peine de déchéance, l'Adhérent doit lui communiquer ces informations, soit directement sous pli confidentiel soit par l'intermédiaire de son médecin, et se soumettre à toute expertise médicale éventuelle.

En fonction du résultat de ces contrôles, l'Assureur se réserve le droit de contester au regard des dispositions de la présente adhésion, la prise en charge des frais dont le remboursement est demandé ou le montant de sa prise en charge.

De convention expresse, l'Adhérent reconnaît le droit de subordonner la mise en jeu de la garantie au respect de ces conditions. En cas de refus de l'Adhérent, l'Assureur pourra, de convention expresse, s'opposer à la mise en jeu de la garantie.

Procédure d'expertise

Les médecins et délégués missionnés par l'Assureur auront, à toute époque le droit de constater médicalement l'état de santé de l'Adhérent. Dans le cas où l'Adhérent ne peut se déplacer, le médecin missionné doit avoir accès à son lieu de résidence.

Arbitrage

En cas de persistance d'un désaccord de l'Assuré sur les conclusions du médecin expert que l'Assureur a désigné, le différend est soumis à une expertise amiable avant tout recours à

la voie judiciaire.

Chacune des parties choisit un médecin expert devant régler le différend. À défaut d'accord entre eux, ceux-ci s'adjoignent un troisième expert et tous trois opèrent en commun et à la majorité des voix.

À défaut d'accord entre les médecins sur le nom du tiers expert, la désignation est effectuée par le Président du Tribunal Judiciaire du domicile de l'adhérent. Cette nomination est faite sur simple requête signée des deux parties ou d'une seulement, l'autre partie ayant été convoquée par lettre recommandée. Les trois médecins opèrent en commun et à la majorité des voix. Chaque partie paie les frais et honoraires de son représentant. Les honoraires du tiers médecin sont supportés à charge égale par les deux parties.

ART.18 SUBROGATION

En vertu du Code des assurances, l'Assureur est subrogé dans les droits et actions des Assurés envers tout responsable jusqu'à concurrence de l'indemnité qu'il a versée.

ART.19 PRESCRIPTION

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

Article L. 114-1

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

1) En cas de réticence, omission, déclaration fausse 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 2ème alinéa ci-dessus, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès de l'Assuré. Causes d'interruption de la prescription.

Article L. 114-2

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

Article L. 114-3

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

Les causes ordinaires d'interruption

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

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

Article 2240 du Code civil

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

- Demande en justice

Article 2241 du Code civil

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

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

Article 2242 du Code civil

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

Article 2243 du Code civil

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

Mesure conservatoire et acte d'exécution forcée.

Article 2244 du Code civil

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

Étendue de la prescription quant aux personnes

Article 2245 du Code civil

L'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription contre tous les autres, même contre leurs héritiers. En revanche, l'interpellation faite à l'un des héritiers d'un débiteur solidaire ou la reconnaissance de cet héritier n'interrompt pas le délai de prescription à l'égard des autres cohéritiers, même en cas de créance hypothécaire, si l'obligation est divisible. Cette interpellation ou cette reconnaissance n'interrompt le délai de prescription, à l'égard des autres codébiteurs, que pour la part dont cet héritier est tenu. Pour interrompre le délai de prescription pour le tout, à l'égard des autres codébiteurs, il faut l'interpellation faite à tous les héritiers du débiteur décédé ou la reconnaissance de tous ces héritiers.

Article 2246 du Code civil

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

Les causes de report du point de départ ou les causes de suspension de la prescription visées à l'article L. 114-3 du Code des assurances sont énumérées aux articles 2233 à 2239 du Code civil reproduits ci-après dans leur version en vigueur au 1er janvier 2019 :

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>) ou sur simple demande écrite auprès de l'Assureur.

ART.20 LA PROTECTION DES DONNEES A CARACTERE PERSONNEL

20.1- Identification du responsable de traitement

Pour l'ensemble des opérations décrites ci-après, L'EQUITE est responsable de traitement, à l'exception des opérations listées ci-après pour lesquelles elle définit la finalité.

CEGEMA, en qualité de délégataire de gestion, est responsable de traitement en ce qui concerne l'intégralité des moyens techniques et essentiels du traitements nécessaires à la gestion des contrats d'assurance pour les opérations suivantes :

- Souscription des contrats ;
- Gestion de la vie du contrat ;
- Encaissement et recouvrement des primes ;
- Gestion et règlement des sinistres ;
- Gestion des réclamations ;
- Archivages des pièces de gestion.

20.2- Les finalités du traitement et les bases juridiques du traitement

Les données ont pour finalité de satisfaire à votre demande et de permettre la réalisation de mesures précontractuelles, d'actes de souscription, de gestion et d'exécution ultérieure du contrat y compris de profilage et de mesures de prévention en lien avec ce contrat ainsi que la réalisation de prospection commerciale. A

ce titre, elles pourront être utilisées à des fins de recouvrement, d'études statistiques et actuarielles, d'exercice des recours et de gestion des réclamations et contentieux, d'examen, d'appréciation, de contrôle et de surveillance du risque, et de respect des obligations légales, réglementaires et administratives. Ces informations pourront également être utilisées comme explicité ci-dessous pour des besoins de prospection commerciale y compris de profilage sous réserve de votre consentement ou de votre droit d'opposition, ainsi que pour permettre la lutte contre la fraude à l'assurance.

Vous trouverez ci-dessous les bases juridiques correspondant aux finalités de traitement :

Les bases juridiques	Finalités de traitement
Exécution du contrat ou de mesures précontractuelles	- Réalisation de mesures précontractuelles telles que notamment délivrance de conseil, devis. - Réalisation d'actes de souscription, de gestion et d'exécution ultérieure du contrat - Recouvrement - Exercice des recours et application des conventions entre assureurs
Consentement pour les données de santé (hors service des prestations de remboursement de frais de soins).	- Gestion des réclamations et contentieux - Prise de décision automatisée liée à la souscription ou l'exécution du contrat - Certaines données peuvent entraîner des décisions sur la souscription et l'exécution du contrat notamment la tarification, l'ajustement des garanties - Examen, appréciation, contrôle et surveillance du risque - Etudes statistiques et actuarielles - Amélioration continue des offres et - process
Intérêt public	- Lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme
Obligations légales	- Lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme - Respect des obligations légales, réglementaires et administratives
Intérêt légitime	- Lutte contre la fraude afin de protéger les intérêts de l'ensemble des parties non fraudeuses au contrat - Prospection commerciale et profilage lie a la prospection commerciale Afin de vous permettre de bénéficier d'une couverture d'assurance aussi complète que possible et de bénéficier de produits ou services contribuant a vos besoins de protection
Traitement des données santé à des fins de protection sociale	Versement des prestations pour les contrats ayant pour objet remboursement de frais de soins.

20.3- Informations complémentaires dans le cadre des données personnelles vous concernant et non collectées auprès de vous

Catégorie de données susceptibles de nous être transmises :

- état civil, identité, données d'identification
- données biométriques aux fins d'identifier une personne physique de manière unique

- données de localisation (notamment déplacements, données GPS, GSM)
- informations d'ordre économique et financier (revenus, situation financière, situation fiscale, etc.)
- numéro d'identification national unique
- données de santé issues du codage CCAM.

La source d'où proviennent les données à caractère personnel : Ces données peuvent émaner de votre employeur, d'organismes sociaux de base ou complémentaire, d'organismes professionnels contribuant à la gestion des contrats d'assurance, de toute autorité administrative habilitée.

A des fins de prospection commerciale, elles peuvent être obtenues dans le cadre d'opération de parrainage ou de la part d'organismes dûment habilités.

20.4- Clause spécifique relative à la fraude

Vous êtes également informé que l'assureur met en œuvre un dispositif ayant pour finalité la lutte contre la fraude à l'assurance pouvant, notamment, conduire à l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude, inscription pouvant avoir pour effet un allongement de l'étude de votre dossier, voire la réduction ou le refus du bénéfice d'un droit, d'une prestation, d'un contrat ou service proposés par votre intermédiaire en assurance. Dans ce cadre, des données personnelles vous concernant (ou concernant les personnes parties ou intéressées au contrat) peuvent être traitées par toutes personnes habilitées intervenant au sein des services de l'assureur ou de votre intermédiaire en assurance. Ces données peuvent également être destinées au personnel habilité des organismes directement concernés par une fraude (autres organismes d'assurance ou intermédiaires ; organismes sociaux ou professionnels ; autorités judiciaires, médiateurs, arbitres, auxiliaires de justice, officiers ministériels ; organismes tiers autorisés par une disposition légale et, le cas échéant, les victimes d'actes de fraude ou leurs représentants).

20.5- Clause spécifique relative aux obligations réglementaires et à l'intérêt public

Dans le cadre de l'application des dispositions du Code monétaire et financier, le recueil d'un certain nombre d'informations à caractère personnel est obligatoire à des fins de lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme.

De plus, l'article 43 de la Directive (UE) 2015/849 du 20 mai 2015 modifié par la directive (UE) 2018/843 du 30 mai 2018 prévoit que la prévention du blanchiment de capitaux et du financement du terrorisme est également considérée comme une question d'intérêt public au sens du Règlement Européen 2016/679 (RGPD). Dans ce cadre, vous pouvez exercer votre droit d'accès auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés, 3 Place de Fontenoy – TSA 80715 – 75334 PARIS CEDEX 07

20.6- Les destinataires ou les catégories de destinataires

Les données vous concernant pourront être communiquées en tant que de besoin et au regard des finalités mentionnées ci-dessus, aux entités du Groupe, ainsi qu'à des partenaires, intermédiaires, réassureurs et assureurs concernés, organismes professionnels, organismes sociaux des personnes impliquées sous-traitants et prestataires, dans la limite nécessaires des tâches leur incombant ou qui leur sont confiées. Par ailleurs, en vue de satisfaire aux obligations légales et réglementaires les responsables de traitement pourront communiquer des données à caractère personnel à des autorités administratives et judiciaires légalement habilitées.

Au titre de la prévention de la lutte anti-blanchiment et du financement du terrorisme, ces données pourront également être partagées entre les entités juridiques du Groupe pouvant se situer au sein et hors de l'Union Européenne, aux fins d'enrichir leurs processus de filtrage locaux et de mettre en œuvre une approche commune sur la classification des risques clients dans

l'ensemble du Groupe.

20.7- Localisation des traitements de vos données personnelles

Le groupe GENERALI France a adopté des normes internes en matière de protection des données et de sécurité informatique afin de garantir la protection et la sécurité de vos données.

Aujourd'hui, nos data centers sur lesquels sont hébergées vos données sont localisés en France, en Italie et en Allemagne.

S'agissant des traitements réalisés hors du Groupe GENERALI par des partenaires externes, une vigilance toute particulière est apportée quant à la localisation des traitements, leur niveau de sécurisation (opérationnel et technique) et le niveau de protection des données personnelles du pays destinataire afin de garantir un niveau de protection optimal.

Les traitements réalisés aujourd'hui hors de l'Espace Economique Européen concernent des traitements liés à certains types d'actes de gestion, d'envoi ponctuels d'e-mails ou de SMS, la supervision d'infrastructures ou la maintenance de certaines applications. Ces traitements opérés depuis des pays tiers font l'objet d'un encadrement juridique (Clauses Contractuelles Types, Règles d'entreprise contraignantes).

Ces documents sont disponibles sur demande écrite auprès du Délégué à la Protection des Données du Groupe Generali France, à l'adresse suivante : droitdaces@generali.fr

Les data centers CEGEMA sur lesquels sont hébergées vos données sont localisés en France.

20.8- Les durées de conservation

Vos données personnelles sont susceptibles d'être conservées pendant toute la durée nécessaire à l'exécution du contrat d'assurance en référence aux délais de prescriptions légales et sous réserve des obligations légales et réglementaires de conservation.

20.9- L'exercice des droits

Dans le cadre du traitement que nous effectuons, vous disposez dans les conditions prévues par la réglementation :

- **d'un droit d'accès** : vous disposez du droit de prendre connaissance des données personnelles vous concernant, dont nous disposons et demander à ce que l'on vous en communique l'intégralité,
- **d'un droit de rectification** : vous pouvez demander à corriger vos données personnelles notamment en cas de changement de situation,
- **d'un droit de suppression** : vous pouvez nous demander la suppression de vos données personnelles notamment lorsque ces dernières ne sont plus nécessaires ou lorsque vous retirez votre consentement au traitement de certaines données sauf s'il existe un autre fondement juridique à ce traitement,
- **du droit de définir des directives relatives au sort de vos données**
- **personnelles en cas de décès,**
- **d'un droit à la limitation du traitement** : vous pouvez nous demander de limiter le traitement de vos données personnelles,
- **d'un droit à la portabilité des données** : vous pouvez récupérer dans un format structuré les données, que vous nous avez fournies lorsque ces dernières sont nécessaires au contrat ou lorsque vous avez consenti à l'utilisation de ces données, ces données peuvent être transmises directement au responsable du traitement de votre choix lorsque cela est techniquement possible,
- **droit de retrait** : vous avez le droit de retirer le consentement donné pour un traitement fondé sur cette base. Ce retrait vaut pour l'avenir et ne remet pas en cause la licéité des traitements déjà effectués.

Il est susceptible de rendre l'exécution du contrat impossible sans être pour autant une cause de résiliation reconnue par le droit des assurances. Cependant, le retrait de données nécessaires à

l'exécution du contrat et notamment au contrôle de la pertinence des engagements réciproques, est susceptible de rendre impossible l'exécution du contrat, dès lors que ces données participent du consentement des parties à la contractualisation. Dans une telle hypothèse, cette impossibilité d'exécution peut être une cause contractuellement définie de déchéance de garantie.

• **droit d'opposition** : vous pouvez vous opposer au traitement de vos données personnelles à l'adresse ci-après.

Vous pouvez exercer vos droits sur simple demande en l'accompagnant d'une copie d'un titre d'identité à l'adresse suivante : dpo@cegema.com ou à l'adresse postale suivante CEGEMA – Data Protection Officer 679 avenue du Docteur Julien Lefebvre BP189 – 06272 Villeneuve-Loubet.

Ces droits peuvent être également exercés aux adresses suivantes sur simple demande après avoir fourni une preuve de votre identité : droitdaces@generali.fr ou à l'adresse postale suivante Generali – Conformité - TSA 70100 75309 Paris Cedex 09.

Droit d'introduire une réclamation

Par ailleurs, vous pouvez introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale Informatique et Liberté, 3 Place de de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07.

Coordonnées du Délégué à la Protection des Données Personnelles Pour toute demande, vous pouvez contacter le délégué à la protection des données :

Pour le délégataire de gestion, CEGEMA, Data Protection Officer, 679 avenue du Docteur Lefebvre – BP189 – 06272 Villeneuve-Loubet Cedex ou à l'adresse électronique dpo@cegema.com

Pour l'assureur, à Generali - Conformité - Délégué à la protection des données personnelles – TSA 70100 75309 Paris Cedex 09 ou à l'adresse électronique droitdaces@generali.fr

Profilage et prise de décision automatisée

Dans le cadre de la souscription et l'exécution du contrat, les risques à assurer peuvent, à partir d'informations vous concernant ou concernant vos biens, être appréciés et quantifiés suivant des traitements automatisés ou faire intervenir des éléments de profilage vous concernant. De tels traitements peuvent avoir un impact sur la tarification ou l'ajustement des garanties.

Vous disposez du droit d'obtenir une intervention humaine de la part du responsable du traitement, d'exprimer votre point de vue et de contester la décision. Vous pouvez exercer ces droits à l'adresse mentionnée pour l'exercice de vos droits.

Prospection

Dans le cadre d'opérations de prospection et afin de vous permettre de bénéficier d'une couverture d'assurance aussi complète que possible et de bénéficier de produits ou services contribuant à vos besoins de protection en matière d'assurance, certaines données vous concernant ou concernant les risques à assurer, peuvent ou pourront entraîner des décisions automatisées ou fondées sur le profilage, consistant notamment à vous adresser certaines offres commerciales.

Vous disposez d'un droit d'opposition à recevoir des offres commerciales ainsi que du droit de vous opposer au profilage de vos données lié à la prospection que vous pouvez exercer à l'adresse ci-dessus.

ART.21 RECLAMATIONS – MEDIATION

Litiges et Réclamations

Le premier contact : l'interlocuteur habituel

• En cas de réclamation concernant le contrat, dans un premier temps, l'Adhérent est invité à prendre contact avec son interlocuteur habituel ou avec le service client de CEGEMA : Service Client CEGEMA - 679 avenue du Docteur Julien Lefebvre BP 189 06272 Villeneuve-Loubet Cedex.

Téléphone : 04 92 02 08 50.

• Le deuxième contact : le Service Réclamations

Si le différend persiste, l'Adhérent devra formuler une réclamation ou signifier son désaccord, par courrier simple adressé au Service

Réclamations à l'adresse ci-dessous qui traitera la réclamation le plus rapidement et le plus objectivement possible :

L'Equité – Cellule Qualité – 75433 Paris Cedex 09.

Les délais de traitement de la réclamation de l'Adhérent ne peuvent excéder :

- dix jours ouvrables à compter de la réception de la réclamation, pour en accuser réception, sauf si la réponse elle-même est apportée à l'Adhérent dans ce délai,

- deux mois entre la date de réception de la réclamation et la date d'envoi de la réponse définitive apportée à l'Adhérent.

Procédure de médiation

• En dernier recours : le médiateur de l'assurance

Le médiateur de l'assurance peut être saisi à l'adresse suivante :

Par courrier, en écrivant à l'adresse suivante :

La Médiation de l'Assurance

TSA 50110 – 75441 PARIS Cedex 09.

- Ou par voie électronique, en complétant un formulaire de saisine sur le site de la Médiation de l'Assurance : <http://www.mediation-assurance.org/> Rubrique : je saisis le Médiateur

Cependant, il est précisé que le Médiateur ne peut être saisi qu'après que le Service réclamations de l'Assureur a été saisi de la demande de l'Adhérent et y a apporté une réponse.

L'Assuré a un délai d'un an à compter de l'ouverture de la première réclamation pour saisir le médiateur.

Seuls les litiges concernant les particuliers sont de la compétence du médiateur de la France Assureurs. Le médiateur de la France Assureurs ne peut être saisi si une action contentieuse a été ou est engagée. Le Médiateur de l'Assurance exerce sa mission en toute indépendance.

Plateforme Européenne de règlement des litiges

En cas de proposition du contrat d'assurance Cegema Equilibre en ligne, vous avez aussi la possibilité, en qualité de consommateur, de recourir à la plateforme de Règlement en Ligne des Litiges (RLL) de la Commission Européenne accessible sur le site internet suivant : <http://ec.europa.eu/consumers/odr>

ART.22 AUTORITE DE CONTROLE

Les activités de l'Assureur et de CEGEMA s'exercent sous le contrôle de leur autorité de tutelle, l'ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution). ACPR - 4 place de Budapest – 75436 Paris Cedex 09.

ART.23 OPPOSITION AU DÉMARCHAGE TÉLÉPHONIQUE

Si vous êtes un consommateur et que vous ne souhaitez pas faire l'objet de prospection commerciale par voie téléphonique, vous pouvez vous inscrire gratuitement sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique sur le site internet www.bloctel.gouv.fr.

Nous pourrions cependant toujours vous contacter, directement, ou par l'intermédiaire d'un tiers agissant pour notre compte, concernant votre contrat, ou pour vous proposer des produits ou services afférents ou complémentaires à celui-ci ou de nature à l'améliorer.

ART.24 SANCTIONS INTERNATIONALES

L'Assureur ne sera tenu à aucune garantie, ne fournira aucune prestation et ne sera obligé de payer aucune somme au titre du présent contrat dès lors que la mise en œuvre d'une telle garantie, la fourniture d'une telle prestation ou un tel paiement l'exposerait à une sanction, prohibition ou restriction résultant d'une résolution de l'Organisation des Nations Unies, et/ou aux sanctions économiques ou commerciales prévues par les lois et/ou règlements édictés par l'Union européenne, la France, les États-Unis d'Amérique ou par tout autre droit national applicable au présent contrat prévoyant de telles mesures.

Le présent contrat ne couvre pas, et ne saurait imposer à l'Assureur de fournir une garantie, payer un sinistre, ou accorder quelque couverture ou prestation, relativement à des risques situés en Biélorussie, Crimée, République populaire démocratique de Corée (Corée du nord), en Iran, Venezuela et/ou en Syrie.

Sommaire

1. EVENEMENTS GARANTIS	41
2. VALIDITE DE LA CONVENTION	41
3. DEFINITIONS CONTRACTUELLES	41
4. PRESTATIONS	42
4.1 INFORMATIONS – CONSEILS – SERVICES À LA PERSONNE	42
4.2 TÉLÉCONSULTATION MÉDICALE	43
4.3 ASSISTANCE EN CAS D'HOSPITALISATION OU D'IMMOBILISATION À DOMICILE	43
4.4 ASSISTANCE EN CAS D'AFFECTION DE LONGUE DURÉE (ALD)	45
4.5 ASSISTANCE POUR LES AIDANTS	45
4.6 PROGRAMME DE PRÉVENTION	45
4.7 DESCRIPTION DES SERVICES ET AIDES À DOMICILE	46
5. RESPONSABILITE	47
6. EXCLUSIONS	48
7. MODALITÉS D'EXAMEN DES RÉCLAMATIONS	48
8. COMPÉTENCE JURIDICTIONNELLE	49
9. PRESCRIPTION	49
10. PROTECTION DES DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL	49
11. AUTORITÉ DE CONTRÔLE	49
12. LOI APPLICABLE – LANGUE UTILISÉE	49
DECLARATION DE CONFIDENTIALITÉ	50

Besoin d'assistance ?

• Contactez-nous :

- Depuis la France métropolitaine au 01 49 93 72 96 (numéro non surtaxé) ;

- Depuis l'étranger au 00 33 (1) 49 93 72 96 ;

- Accès sourds et malentendants :

<https://accessibilite.votreassistance.fr>

Accessible 24h/24 et 7j/7, sauf mention contraire dans la convention.

• Pour contacter notre service de Téléconsultation médicale : 01 40 25 52 35 (numéro non surtaxé)

ou via le site internet :

<https://www.mondial-assistance-teleconsultation.fr/>

• Veuillez nous indiquer :

- Le nom et le numéro du contrat souscrit ;

- Les nom et prénom du Bénéficiaire ;

- L'adresse exacte du Bénéficiaire ;

- Le numéro de téléphone auquel le Bénéficiaire peut être joint.

Les prestations de la présente convention d'assistance sont souscrites par **CEGEMA** auprès de :

AWP P&C

SA au capital de 17 287 285 €

519 490 080 RCS Bobigny

Siège social : 7, rue Dora Maar - 93400 Saint-Ouen

Entreprise régie par le Code des assurances

sont mises en œuvre par :

AWP FRANCE SAS

SAS au capital de 7 584 076,86 €

490 381 753 RCS Bobigny

Siège social : 7, rue Dora Maar - 93400 Saint-Ouen

Société de courtage d'assurances - Inscription ORIAS 07 026

669 - <http://www.orientas.fr/>

Ci-après désignée sous le nom commercial «**Mondial Assistance**»

1. EVENEMENTS GARANTIS

Les prestations décrites à l'article 4.1 « INFORMATIONS – CONSEILS – SERVICES A LA PERSONNE » et à l'article 4.6 « PROGRAMME DE PRÉVENTION peuvent être délivrées à tout moment pendant les heures d'ouverture du service d'information.

La prestation décrite à l'article 4.2 « TÉLÉCONSULTATION MÉDICALE » est délivrée lorsque :

- le Bénéficiaire se trouvant dans une situation aiguë non vitale a besoin d'un avis médical
- et qu'il ne peut joindre ou consulter, dans un délai compatible avec son état de santé, son médecin traitant.

Les prestations décrites à l'article 4.3 « ASSISTANCE EN CAS D'HOSPITALISATION OU D'IMMOBILISATION À DOMICILE » sont délivrées en cas :

- d'Hospitalisation du Bénéficiaire

et/ou

- d'Immobilisation à Domicile du Bénéficiaire, précédée ou non d'une Hospitalisation.

Si le Bénéficiaire est un Enfant, des prestations complémentaires peuvent être délivrées.

Les prestations décrites à l'article 4.4 « ASSISTANCE EN CAS D'AFFECTION DE LONGUE DURÉE » sont délivrées en cas d'Affection de longue durée.

Les prestations décrites à l'article 4.5 « ASSISTANCE POUR LES AIDANTS » sont délivrées en cas d'entrée en dépendance d'un Membre de la famille.

2. VALIDITE DE LA CONVENTION

VALIDITÉ TERRITORIALE

Les prestations de la présente convention sont acquises uniquement en France.

DURÉE DE VALIDITÉ

Les prestations sont accordées exclusivement pour les événements survenus pendant la durée de validité du contrat d'assurance «**CEGEMA ÉQUILIBRE** », et de l'accord liant **CEGEMA** et **AWP P&C** pour la délivrance de ces prestations.

3. DEFINITIONS CONTRACTUELLES

Dans la présente convention d'assistance « **922783** » (ci-après la « Convention »), les termes et expressions qui commencent par une lettre majuscule auront la signification suivante :

ACCIDENT

Toute atteinte corporelle provenant d'une cause imprévisible, extérieure et indépendante de la volonté du Bénéficiaire.

AFFECTION DE LONGUE DURÉE (ALD)

Maladie reconnue comme Affection de longue durée par l'Assurance Maladie et prise en charge à 100% par l'Assurance Maladie.

AIDANT

Bénéficiaire assuré majeur qui apporte une aide à titre non professionnel, de manière permanente ou non, à un Membre de la famille dépendant.

BÉNÉFICIAIRE / VOUS

Le terme « Vous » ou « Bénéficiaire » se réfère indifféremment :

- à la personne physique assurée par le contrat d'assurance « **CEGEMA ÉQUILIBRE** » (le « Bénéficiaire assuré »),
- à son Conjoint,
- et/ou à ses Enfants.

CONJOINT

Conjoint, partenaire de PACS ou concubin notoire du Bénéficiaire assuré et vivant habituellement sous son toit.

DOMICILE

Lieu de résidence principale situé en France et dont l'adresse figure sur le dernier avis d'imposition sur le revenu

ENFANTS

Enfants, petits-enfants, fiscalement à charge du Bénéficiaire assuré ou de son Conjoint, vivant habituellement sous son toit.

FRANCE

France métropolitaine, où se situe le Domicile.

GRILLE AUTONOMIE, GÉRONTOLOGIE GROUPE ISO RESSOURCES (AGGIR)

Grille nationale permettant d'évaluer le degré de dépendance physique et/ou psychique du Membre de la famille dans l'accomplissement de ses actes essentiels et quotidiens à travers une série de questions.

En fonction de son degré de perte d'autonomie du Membre de la famille est classé dans l'un des six groupes Iso Ressources (GIR).

HÉBERGEMENT

Frais d'hôtel (petit déjeuner compris), à l'exclusion de tout autre frais de restauration, de boisson et de pourboires.

HOSPITALISATION

Tout séjour prévu ou imprévu, dans un établissement de soins privé ou public

Sont exclus :

- les hospitalisations dans les centres de réadaptation fonctionnelle, maisons de convalescence ;
- les hospitalisations chirurgicales à but esthétique, sauf chirurgie réparatrice prise en charge par la Sécurité sociale ;
- les traitements de chimiothérapie orale à Domicile, sauf protocole de soins particulier et après évaluation par les médecins de Mondial Assistance.

Une durée d'Hospitalisation minimum peut être prévue pour la délivrance de certaines prestations.

IMMOBILISATION

Toute incapacité physique à se déplacer ou à effectuer les tâches domestiques habituelles, consécutive à un Accident ou à une Maladie, survenant inopinément, constatée par un médecin et nécessitant le repos prescrit par un médecin.

Une durée d'Immobilisation minimum peut être prévue pour la délivrance de certaines prestations.

MALADIE

Altération de la santé provoquant des troubles diagnostiqués par tout moyen d'investigation médicale.

MEMBRE DE LA FAMILLE

Conjoint de droit ou de fait, ascendant au premier degré, descendant au premier degré, frère, sœur, oncle, tante, nièce, neveu, beau-frère, belle-sœur, gendre, belle-fille, beau-père, belle-mère, tuteur légal, du Bénéficiaire ou la personne placée sous la tutelle du Bénéficiaire.

MEMBRE DE LA FAMILLE DÉPENDANT

Membre de la famille fiscalement à charge du Bénéficiaire, dépendant et vivant sous le toit du Bénéficiaire assuré.

La dépendance se caractérise par des restrictions dans la réalisation des activités de la vie quotidienne et sociale, causées notamment par des troubles du comportement et/ou des atteintes physiques. La dépendance suppose une perte d'autonomie définitive, qui peut être partielle ou totale.

PRESTATAIRE

Prestataire de services professionnel référencé par Mondial Assistance.

PROCHE

Toute personne physique, Membre de la famille ou non, résidant en France et désignée par le Bénéficiaire.

TÉLÉCONSULTATION MÉDICALE

Acte de télémedecine. Il s'agit d'une consultation à distance, entre un médecin et un patient, qui peut être accompagné ou non par un autre professionnel de santé (ex : médecin, infirmier, pharmacien...). Elle est réalisée par l'intermédiaire des technologies de l'information et de la communication.

TRANSPORT

Tout déplacement non médicalisé s'effectuant par :

- train en 2^{de} classe sauf mention contraire,
- avion en classe économique,
- véhicule de location,
- taxi (pour toute distance inférieure à 50 km).

4. PRESTATIONS

Mondial Assistance se réserve le droit, préalablement à toute intervention, de vérifier la qualité de Bénéficiaire du demandeur ainsi que la matérialité de l'événement ouvrant droit aux prestations.

4.1 INFORMATIONS – CONSEILS – SERVICES À LA PERSONNE

Sur simple appel téléphonique, Mondial Assistance Vous communique des informations et Vous conseille dans les domaines ci-après :

Prestations	Prise en charge	Conditions et limites
Conseil santé	Sur simple appel téléphonique du lundi au samedi, hors jours fériés, de 8h00 à 20h00 (fuseau horaire de France métropolitaine)	Utilisable à tout moment pendant les heures d'ouverture du service.
Conseil social		
Services à la personne		

• Conseil Santé

Un médecin de Mondial Assistance répond aux questions du Bénéficiaire relatives à sa santé, à sa maladie, à son Hospitalisation, à la prescription faite par son médecin traitant ou à son suivi.

Le Bénéficiaire peut également obtenir des informations sur des questions d'ordre général relatives à la santé telles que les établissements de soins, les questions générales sur la santé, les facteurs de risques, les questions de médecine générale, les questions relatives aux médicaments, les informations préventives, les informations sur les médecines alternatives, les centres de prise en charge de la douleur.

Mondial Assistance s'interdit toute consultation, diagnostic ou prescription médicale.

En conséquence, ce service ne peut en aucun cas remplacer une consultation médicale personnalisée auprès d'un médecin.

Ce service ne peut se substituer aux organismes locaux de secours d'urgence. En cas d'urgence, le Bénéficiaire prend contact en priorité avec les services locaux de secours d'urgence (numéros d'urgence : 15, 112, 18).

Les informations médicales échangées avec les médecins restent strictement confidentielles et sont soumises au respect de la législation sociale et au secret médical.

• Conseil social

L'équipe médico-sociale de Mondial Assistance analyse votre situation médico-sociale et socio-économique, évalue vos besoins et vous fournit des informations sur la législation et la réglementation sociale ainsi que sur les moyens de financement des différentes aides (transport, hébergement, aide à domicile, etc.) dans les domaines suivants : maternité, prestations familiales, accueil du jeune enfant, emploi, chômage, maladie, accident, handicap, invalidité, retraite.

• Services à la personne

Mondial Assistance peut :

- Vous fournir toute l'information utile sur les services à la personne, tels que définis par la loi n° 2005-841 du 26 juillet 2005 (« Loi Borloo »),
- Vous mettre en relation avec un Prestataire de son réseau de services à la personne entrant dans le cadre de la Loi Borloo

(assistance administrative, bricolage, soutien scolaire, etc.) et hors cadre de la Loi Borloo (esthéticienne, coiffure à Domicile, pédicure, manucure, massages **(hors soins thérapeutiques)**). Les Prestataires délivrant des prestations de services à la personne dans le cadre des activités définies comme telles par la Loi Borloo sont agréés, afin que vous puissiez profiter d'avantages fiscaux.

Les coûts des devis et des prestations utilisées sont à votre charge.

Pour toute mise en place de prestation, le Prestataire dispose d'un délai minimum de 72 (soixante-douze) heures pour prendre contact avec vous.

Les informations fournies par Mondial Assistance exclusivement par téléphone sont des renseignements à caractère informatif. La responsabilité de Mondial Assistance ne pourra être recherchée dans le cas d'une utilisation ou interprétation erronée des renseignements communiqués.

4.2 TÉLÉCONSULTATION MÉDICALE

Sur simple appel téléphonique ou via le site internet <https://www.mondial-assistance-teleconsultation.fr/>, Mondial Assistance met en œuvre la prestation ci-après :

Prestations	Prise en charge	Conditions et limites
- Consultation médicale par téléphone ou en ligne via https://www.mondial-assistance-teleconsultation.fr/ - Identification d'un établissement de soins proche de l'endroit où se trouve le Bénéficiaire - Transmission au Bénéficiaire d'une prescription médicamenteuse écrite, selon l'appréciation du médecin et si la législation locale l'autorise	Dans la limite de 10 Téléconsultations maximum par période annuelle de garantie et par Bénéficiaire	

IMPORTANT

La Téléconsultation ne peut en aucun cas remplacer une prise en charge médicale globale et personnalisée auprès du médecin traitant et de manière générale de tout médecin désigné par le Bénéficiaire.

La Téléconsultation ne peut se substituer aux organismes de secours d'urgence. En cas d'urgence, le Bénéficiaire prend contact en priorité avec les services de secours d'urgence (numéros d'urgence : 15, 112, 18).

Les informations médicales échangées avec les médecins restent strictement confidentielles et sont soumises au secret médical, aucune donnée n'étant transmise à Mondial Assistance, sous réserve de données statistiques exclusives de toute identification directe ou indirecte des Bénéficiaires.

La responsabilité du Service Assistance de Mondial Assistance ne pourra en aucun cas être recherchée dans le cas d'une mauvaise utilisation ou interprétation inexacte du ou des renseignements, conseils, consultations et de manière générale dans le cadre de la Téléconsultation mise en œuvre auprès du Bénéficiaire.

Le Service Assistance de Mondial Assistance ne saurait être tenu responsable des interruptions de service et/ou dommages résultant :

- de défaillances ou interruptions des réseaux téléphoniques et/ou informatiques ;
 - de modifications de la situation du Bénéficiaire et notamment de son état de santé qui ne lui auraient pas été signifiées lors de la Téléconsultation ;
 - d'un cas de force majeure ou du fait d'un tiers.
- Lorsqu'un représentant légal appelle pour son enfant mineur, il lui sera demandé une copie du livret de famille prouvant le lien de parenté ou tout autre document prouvant sa qualité.

• Téléconsultation médicale

Il s'agit d'un service de télémedecine.

Le Bénéficiaire peut, sous conditions d'authentification forte et d'acceptation des Conditions Générales d'Utilisation, de la Notice d'information-consentement et de la Déclaration de confidentialité, bénéficier d'une Téléconsultation en contactant le Service Téléconsultation de Mondial Assistance.

La Téléconsultation, réalisée par un médecin du Service Téléconsultation de Mondial Assistance inscrit au Conseil de l'Ordre des Médecins, s'effectue à distance, via une plateforme téléphonique ou en audioconférence ou en visioconférence, 24h/24 et 7j/7.

À l'issue de la Téléconsultation, le médecin du Service Téléconsultation de Mondial Assistance pourra, dans le respect du parcours de soins et de la législation en vigueur (notamment la réglementation relative au secret médical) :

- identifier pour le Bénéficiaire un établissement de soins adapté à sa situation notamment lorsqu'un examen clinique est nécessaire pour établir le diagnostic ;
- transmettre au Bénéficiaire une prescription écrite médicamenteuse, selon l'appréciation du médecin.

À l'issue de la Téléconsultation et avec l'autorisation du Bénéficiaire, un compte-rendu de consultation pourra être adressé à son médecin traitant.

4.3 ASSISTANCE EN CAS D'HOSPITALISATION OU D'IMMOBILISATION À DOMICILE

4.3.1 AVANT L'HOSPITALISATION

En cas d'Hospitalisation, et en complément des moyens mis à votre disposition pour contacter Mondial Assistance, Vous pouvez accéder à notre site Hospizen à l'adresse suivante : <https://www.hospizen.fr/cegema/>

Prestations	Prise en charge	Conditions et limites
Hospizen	Illimité	Accès au site web https://www.hospizen.fr/cegema/ pendant 1 an . Renouvelable pour chaque période annuelle de garantie.

Le site Hospizen Vous permet, préalablement à une Hospitalisation, de consulter en ligne des informations relatives à la préparation pratique de votre Hospitalisation et de votre retour au Domicile. De plus, Vous pouvez également via ce site présélectionner, préalablement ou postérieurement à votre Hospitalisation, les prestations d'assistance dont Vous souhaitez bénéficier à votre retour au Domicile.

Mondial Assistance Vous contactera pour finaliser l'organisation des prestations d'assistance dont les conditions et limites de mise en œuvre sont prévues à l'article 4.7 « DESCRIPTION DES SERVICES ET AIDES À DOMICILE ».

4.3.2 DURANT L'HOSPITALISATION

Sur simple appel téléphonique, durant votre Hospitalisation, Mondial Assistance met en œuvre la prestation ci-après :

Prestations	Prise en charge	Conditions et limites
Frais de location de télévision	Remboursement 75 € TTC maximum	Si Hospitalisation au moins égale à 1 nuitée . Limité à 1 fois par Hospitalisation. La prise en charge vient en complément des remboursements des organismes d'assurance maladie ou de prévoyance.

4.3.3 DURANT OU APRÈS L'HOSPITALISATION AVEC NUITÉE OU PENDANT L'IMMOBILISATION A DOMICILE

Si Hospitalisation au moins égale à **1 nuitée** ou Immobilisation à Domicile au moins égale à **5 jours**.

Sur simple appel téléphonique, suite à votre Hospitalisation ou l'Immobilisation à Domicile, Mondial Assistance met en œuvre les prestations ci-après :

Prestations	Prise en charge	Conditions et limites
Évaluation des besoins et recommandations (prestation décrite à l'article 4.7)	Illimité	Si Hospitalisation au moins égale à 1 nuitée ou Immobilisation à Domicile au moins égale à 5 jours . L'enveloppe de services doit être activée au plus tard 15 jours après la sortie ou le début de l'Immobilisation à Domicile.
Enveloppe de services et d'aide à Domicile (prestation décrite à l'article 4.7)	300 € TTC au total si : • Hospitalisation au moins égale à 1 nuitée • Immobilisation de plus de 5 jours .	La prise en charge de l'enveloppe de services est limitée à 1 fois par période annuelle de garantie.
Livraison en urgence de médicaments immédiatement nécessaires prescrits par un médecin	100 € TTC maximum	Par Hospitalisation ou Immobilisation à Domicile et par Bénéficiaire. Le coût des médicaments reste à charge du Bénéficiaire.

Assistance aux devoirs	5 utilisations maximum quel que soit le nombre d'Enfant	Prestation rendue via Internet ou par téléphone.
-------------------------------	--	--

• Assistance aux devoirs

Lorsque vous ou votre Conjoint êtes hospitalisé ou immobilisé à Domicile, Mondial Assistance met l'Enfant en contact avec un Prestataire enseignant qui l'aidera à faire leurs devoirs.

La prestation d'assistance aux devoirs est disponible pour le français, les mathématiques, la physique, la chimie, l'anglais, et les S.V.T.

Elle est délivrée via une classe virtuelle sur internet ou par téléphone et/ou par échange de messages électroniques avec un professeur du lundi au jeudi de 17h00 à 20h00 et sans interruption du jeudi 20h00 au dimanche 20h00.

4.3.4 APRÈS L'HOSPITALISATION AMBULATOIRE

Sur simple appel téléphonique, suite à l'Hospitalisation ambulatoire du Bénéficiaire, Mondial Assistance met en œuvre les prestations ci-après :

Prestations	Prise en charge	Conditions et limites
Enveloppe de services et d'aide à Domicile (prestation décrite à l'article 4.7)	200 € TTC au total	L'enveloppe de services doit être activée au plus tard 3 jours après l'Hospitalisation ambulatoire. La prise en charge de l'enveloppe de services est limitée à 2 fois par période annuelle de garantie.

4.3.5 ASSISTANCE EN CAS D'HOSPITALISATION OU D'IMMOBILISATION A DOMICILE DE L'ENFANT

Sur simple appel téléphonique, lorsque le Bénéficiaire Hospitalisé ou Immobilisé à Domicile est un Enfant, Mondial Assistance met en œuvre la prestation complémentaire ci-après :

Prestations	Prise en charge	Conditions et limites
Aide pédagogique de l'Enfant dans les matières scolaires principales	15 heures maximum par semaine	L'absence scolaire doit être supérieure à 2 semaines calendaires consécutives. Limitée à la durée restant à courir de l'année scolaire en cours.

• Aide pédagogique de l'Enfant

Lorsque l'Immobilisation à Domicile de l'Enfant entraîne une absence scolaire supérieure à deux semaines calendaires consécutives, Mondial Assistance organise et prend en charge l'intervention au Domicile d'un Prestataire répétiteur scolaire habilité à donner des cours du niveau de la classe de l'Enfant.

L'aide pédagogique est accordée pour les Enfants scolarisés dans l'enseignement primaire ou secondaire uniquement.

Elle est dispensée pendant les jours normalement scolarisés sauf le samedi et hors jours fériés, par tranches de 2 (deux) heures de cours au minimum dans la journée, par matière et par répétiteur

scolaire. Elle cesse dès que l'Enfant a repris les cours normalement ou à la fin de l'année scolaire en cours.

Sous réserve de l'accord exprès de l'établissement de soins, l'aide pédagogique peut également être fournie pendant Hospitalisation de l'Enfant.

Le délai pour la mise en œuvre de cette prestation est de 2 (deux) jours ouvrés minimum à compter de l'expiration du délai de carence et sous réserve que Mondial Assistance ait reçu les justificatifs qui ont été éventuellement demandés.

4.4 ASSISTANCE EN CAS D'AFFECTION DE LONGUE DURÉE (ALD)

Lorsque vous êtes atteint d'une Affection de longue durée, Mondial Assistance met en œuvre les prestations ci-après :

Prestations	Prise en charge	Conditions et limites
Évaluation des besoins et recommandations (prestation décrite à l'article 4.7)	Illimité	L'enveloppe de services doit être activée au plus tard 30 jours après l'entrée en ALD. Les services peuvent être délivrés tout au long de l'année tant que vous subissez les conséquences de votre ALD.
Enveloppe de services et d'aide à Domicile (Prestation décrite à l'article 4.7)	500 € TTC au total	La prise en charge de l'enveloppe de services est limitée à 1 fois par Affection de longue durée.

4.5 ASSISTANCE POUR LES AIDANTS

Lorsque le Bénéficiaire assuré se retrouve en situation de devoir aider un Membre de la famille devenu dépendant, Mondial Assistance met en œuvre les prestations ci-après :

4.5.1 PRESTATIONS PONCTUELLES A L'ENTRÉE EN DÉPENDANCE

Sur simple appel téléphonique, Mondial Assistance Vous communique des informations et Vous conseille dans les domaines ci-après :

Prestations	Prise en charge	Conditions et limites
Évaluation des besoins et recommandations (prestation décrite à l'article 4.7)	Illimité	L'enveloppe de services doit être activée au plus tard dans les 3 mois suivant l'entrée en dépendance du Membre de la famille dépendant (évalué en Gir 1 à 4 sur la Grille AGGIR).
Enveloppe de services et d'aide à Domicile (Prestation décrite à l'article 4.7)	300 € TTC au total	La prise en charge est limitée à 1 fois par Membre de la famille dépendant.

4.5.2 FORMATION DE L'AIDANT

Sur simple appel téléphonique du lundi au samedi, hors jours fériés, de 8h00 à 20h00 (fuseau horaire de France métropolitaine), Mondial Assistance met en œuvre les prestations ci-après :

Prestations	Prise en charge	Conditions et limites
Préparation au rôle d'Aidant	Coût de l'opération réalisée ou mandatée par Mondial Assistance	Les prestations doivent être activées dans les 3 mois suivant l'entrée en dépendance du Membre de la famille.
Orientation vers les groupes de parole	Mise en relation sans prise en charge	
Apprentissage des gestes d'accompagnement du Membre de la famille en état de Dépendance	3 heures de formation à Domicile + frais de déplacement du formateur	

• Préparation au rôle d'Aidant :

Mondial Assistance fournit des conseils destinés à prévenir l'Aidant des risques liés à sa nouvelle situation :

- des conseils pour rester en bonne santé,
- des conseils pour comprendre les difficultés du Membre de la famille en état de Dépendance et éviter les gestes involontaires de maltraitance.

Prestations rendues par téléphone exclusivement.

• Orientation vers les groupes de parole

En fonction des disponibilités locales, Mondial Assistance oriente le Bénéficiaire vers des associations et des établissements spécialisés proposant des séances de discussion afin d'éviter un isolement de l'Aidant.

Prestations rendues par téléphone exclusivement.

• Apprentissage des gestes d'accompagnement du Membre de la famille en état de Dépendance.

Mondial Assistance organise et prend en charge l'intervention d'une infirmière afin de former l'Aidant aux bons gestes à effectuer et de le conseiller sur la bonne attitude à adopter vis-à-vis du Membre de la famille en état de Dépendance.

4.6 PROGRAMME DE PRÉVENTION

Prestations	Prise en charge	Conditions et limites
Mon Coach Bien-Être	Accès à un portail digital et 4 entretiens à distance maximum avec un entraîneur sportif, un diététicien ou un psychologue.	Accompagnement limité à une durée maximum de 6 mois . Limité à 1 fois par période annuelle de garantie.

• Mon Coach Bien-Être

Mondial Assistance fournit au Bénéficiaire un accès à un portail digital proposant :

- un bilan d'évaluation des pratiques alimentaires, sportives, du niveau de stress et de la qualité du sommeil
- des parcours personnalisés selon les bilan et les objectifs du

Bénéficiaire

- un planning hebdomadaire des séances de sport
- des exercices de respiration et de concentration
- des échanges avec un entraîneur sportif, un diététicien et un psychologue
- un accès à l'historique des activités et à des statistiques pour évaluer sa progression

Ce programme d'information, d'éducation et d'accompagnement nutritionnel s'adresse aux Bénéficiaires âgés de 16 (seize) ans au moins avec, pour les Bénéficiaires de moins de 18 (dix-huit) ans, l'accord préalable des parents.

Le Bénéficiaire peut s'inscrire au programme par email à l'adresse suivante : prevention@votreassistance.fr

Mondial Assistance s'interdit toute consultation, diagnostic ou prescription médicale.

L'accompagnement personnalisé ne peut en aucun cas remplacer une consultation médicale personnalisée auprès d'un médecin.

Les informations médicales échangées avec les médecins restent strictement confidentielles et sont soumises à la législation sociale et au secret médical.

Les informations fournies par Mondial Assistance exclusivement par téléphone sont des renseignements à caractère documentaire. La responsabilité de Mondial Assistance ne pourra être recherchée dans le cas d'une utilisation ou interprétation erronée des renseignements communiqués.

4.7 DESCRIPTION DES SERVICES ET AIDES À DOMICILE

• Évaluation des besoins et recommandations

Mondial Assistance analyse la situation médico-sociale et socio-économique du Bénéficiaire, évalue les besoins et lui propose les solutions d'aide et de services adaptées ainsi que les moyens de les mettre en œuvre et de les financer soit au titre de l'enveloppe de services et d'aide à Domicile proposée, soit en mobilisant d'autres sources de financement.

Le Bénéficiaire est seul juge des prestations qu'il souhaite utiliser. **La responsabilité de Mondial Assistance ne pourra être recherchée dans le cas d'une utilisation ou interprétation erronée des recommandations faites.**

• Enveloppe de services et d'aide à Domicile

Mondial Assistance organise et prend en charge les services choisis par le Bénéficiaire parmi les services proposés ci-après, dans la limite d'une enveloppe dont le montant, les conditions et les limites sont indiqués ci-dessus.

La mise en œuvre des services et aides à Domicile est subordonnée aux disponibilités locales et aux horaires d'ouverture des réseaux de Prestataires.

Le délai pour la mise en place des prestations est d'une demi-journée ouvrée à compter de la demande.

Les services et aides à Domicile peuvent être demandés au fur et à mesure des besoins, pendant la durée de l'évènement garanti ouvrant droit à la prestation.

Le coût de chaque service utilisé vient en déduction du montant de l'enveloppe disponible.

Dès qu'il le souhaite, le Bénéficiaire peut contacter Mondial Assistance par téléphone pour connaître le solde encore disponible et obtenir des conseils sur son utilisation.

Il est précisé que les services proposés sont mis en place en fonction des besoins et des demandes du Bénéficiaire.

Le montant maximum indiqué dans le détail de chaque prestation ne saurait donner droit à un paiement en espèces. Lorsque le Bénéficiaire est encore couvert au titre de la Convention et a utilisé la totalité du montant de l'enveloppe avant la fin de l'évènement garanti, Mondial Assistance peut, à sa demande :

- organiser les services de son choix, parmi les services et aides proposés,
- communiquer les coordonnées de Prestataires spécialisés dans les domaines de services proposés.

Le coût des services alors proposés reste à la charge du Bénéficiaire.

Ci-après la description des services et aides à Domicile proposés :

Transport

Mondial Assistance prend en charge le Transport non médicalisé du Bénéficiaire valide.

En cas d'Hospitalisation ambulatoire, prise en charge d'un taxi ou d'un billet de transport en commun.

Hébergement des parents à proximité du Bénéficiaire mineur pendant son Hospitalisation

Si le Bénéficiaire mineur est hospitalisé à plus de 50 km de son Domicile, Mondial Assistance organise et prend en charge l'Hébergement de ses parents pendant la durée de l'Hospitalisation dans la limite de 70 € TTC/ nuit.

Non prévu en cas d'Hospitalisation ambulatoire.

Aide à Domicile : Auxiliaire de vie, travailleuse familiale, et aide-ménagère

Mondial Assistance met à la disposition du Bénéficiaire une aide à Domicile qui peut être réalisée :

- soit par une auxiliaire de vie qui dispense des soins quotidiens (toilette quotidienne), hors soins médicaux relevant d'un médecin ou d'un(e) infirmier(ère),
- soit par une travailleuse familiale qui prodigue des conseils dans le domaine de l'éducation familiale,
- soit par une aide-ménagère qui effectue les petits travaux ménagers quotidiens (repassage, ménage, aide à la préparation des repas etc.) au Domicile du Bénéficiaire.

Chaque prestation d'aides à Domicile dure au minimum 2 (deux) heures et peut être fournie du lundi au samedi, hors jours fériés de 8h00 à 18h00.

Non prévu en cas d'Hospitalisation ambulatoire.

Préparation du retour au Domicile

Mondial Assistance organise et prend en charge la venue d'une Prestataire pour effectuer les tâches ménagères, ouvrir les volets, mettre le logement à température, faire des courses.

Le coût des courses reste à la charge du Bénéficiaire.

Cette prestation s'effectue sous réserve de la mise à disposition des clés, des codes d'accès du Domicile et des conditions d'accessibilité en toute sécurité.

Mondial Assistance peut organiser le Transport de l'intervenant pour aller chercher les clés.

La prestation dure au minimum 2 (deux) heures et peut être fournie du lundi au samedi, hors jours fériés, de 8h00 à 18h00.

Non prévu en cas d'Hospitalisation ambulatoire.

Transfert d'un Proche au Domicile du Bénéficiaire ou du Bénéficiaire au Domicile d'un Proche

Mondial Assistance organise et prend en charge le transfert d'un

Proche au Domicile du Bénéficiaire (Transport aller-retour) ou le transfert du Bénéficiaire au Domicile d'un Proche pour s'occuper du Bénéficiaire et/ou des Enfants.

Transfert des Enfants de moins de 15 ans et/ou des Membres de la famille dépendants au Domicile d'un Proche

Mondial Assistance organise et prend en charge le transfert des Enfants et/ou des Ascendants dépendants à charge au Domicile d'un Proche (Transport aller-retour) ainsi que le voyage d'un Proche qui les accompagne (Transport aller-retour). Si nécessaire, Mondial Assistance missionne un accompagnateur.

Garde à Domicile des Enfants de moins de 15 ans

Mondial Assistance organise et prend en charge la garde à Domicile des Enfants du Bénéficiaire Hospitalisé ou Immobilisé au Domicile.

Chaque prestation de garde d'enfant dure au minimum 2 (deux) heures et peut être fournie du lundi au samedi, hors jours fériés de 8h00 à 19h00.

La prestation est effectuée **dans la limite des disponibilités locales** par un Prestataire dont la mission consiste à garder l'Enfant au Domicile, préparer les repas, apporter des soins quotidiens à l'Enfant (**à l'exclusion des soins médicaux**).

Pendant ses heures de présence, l'intervenant(e) pourra accompagner les Enfants à la crèche, à l'école ou à leurs activités extrascolaires et retourner les chercher, à condition que le déplacement se fasse sans véhicule.

Conduite en taxi à l'école et/ou aux activités extra scolaires des Enfants scolarisés jusqu'au niveau baccalauréat

Si aucun Proche ne peut accompagner les Enfants à l'école ou à leurs activités extrascolaires, Mondial Assistance prend en charge le Transport des Enfants en taxi aller-retour depuis le Domicile. Les Enfants seront obligatoirement accompagnés d'un adulte désigné par le Bénéficiaire.

Non prévu en cas d'Hospitalisation ambulatoire.

Veille ou prise en charge des Membres de la famille dépendants à charge

Si aucun Proche n'est disponible sur place, Mondial Assistance missionne :

- soit une auxiliaire de vie qui aide aux actes de la vie quotidienne (aide au lever, au coucher, toilette, repas, habillement, etc.)
- soit une personne de compagnie.

Chaque prestation dure au minimum 2 (deux) heures et peut être fournie du lundi au samedi, hors jours fériés de 8h00 à 19h00.

Portage des repas

Mondial Assistance organise et prend en charge le portage du repas au Domicile du Bénéficiaire avec un délai de mise en place de **4 (quatre) jours ouvrés maximum à compter de la demande. Ce service n'est pas disponible les samedis, dimanches et jours fériés.**

Les repas sont livrés par pack de 5 ou 7 « déjeuners + dîners ».

Le coût des repas n'est pas pris en charge.

Dans les zones non desservies ou lorsque le pack de repas n'est pas adapté, Mondial Assistance peut proposer l'intervention d'un Prestataire pour préparer les repas au Domicile dans les conditions précisées à la prestation concernée.

Cette prestation est disponible uniquement en France métropolitaine, hors Corse.

Garde à Domicile de l'Enfant de moins de 15 ans malade ou convalescent

Mondial Assistance organise et prend en charge l'intervention

d'un Prestataire au Domicile pour garder l'Enfant, préparer ses repas et lui apporter les soins quotidiens.

Chaque prestation de la garde d'Enfant dure au minimum 2 (deux) heures et peut être fournie du lundi au samedi, hors jours fériés de 8h00 et 19h00.

Fermeture du Domicile quitté en urgence

En cas d'Hospitalisation du Bénéficiaire et s'il a quitté son Domicile précipitamment, Mondial Assistance organise et prend en charge la venue d'une Prestataire aide-ménagère afin de fermer les accès du Domicile (volets, fenêtres, portes...), éteindre les lumières, les appareils électriques en fonctionnement, trier les denrées périssables, étendre le linge resté dans la machine à laver.

Cette prestation s'effectuera sous réserve de la mise à disposition des clés, des codes d'accès du Domicile et des conditions d'accessibilité en toute sécurité.

Mondial Assistance peut organiser le Transport aller-retour de l'aide-ménagère pour aller chercher les clés.

La prestation dure au minimum 2 (deux) heures et peut être fournie du lundi au samedi, hors jours fériés de 8h00 à 18h00.

Non prévu en cas d'Hospitalisation ambulatoire.

Assistance aux animaux de compagnie (chats et chiens, à l'exclusion de tout autre animal)

Mondial Assistance organise et prend en charge la garde de l'animal du Bénéficiaire par un Prestataire, frais de nourriture compris.

L'animal concerné doit avoir reçu toutes les vaccinations obligatoires. Sont exclus les chiens de 1^{ère} et 2nde catégorie (article L211-12 du Code rural et de la pêche maritime).

Non prévu en cas d'Hospitalisation ambulatoire.

Livraison de courses

Mondial Assistance organise et prend en charge la livraison des courses au Domicile.

Le Bénéficiaire doit être disponible pour fournir les fonds et la liste des produits souhaités.

Le coût des courses reste à la charge du Bénéficiaire.

Bien-être à Domicile : coiffure et esthétique

Mondial Assistance rembourse sur facture les services de soins suivants :

- esthéticienne,
- coiffeur,
- prothésiste capillaire,

y compris ceux réalisés à Domicile.

Non prévu en cas d'Hospitalisation ambulatoire.

5. RESPONSABILITE

Mondial Assistance ne peut en aucun cas se substituer aux organismes locaux de secours d'urgence. Le Bénéficiaire ou ses proches doivent, en cas d'urgence, prendre contact directement et en priorité avec les services locaux de secours d'urgence.

Mondial Assistance ne sera pas tenue responsable des manquements ou contretemps à l'exécution de ses obligations qui résulteraient de cas de force majeure ou d'événements tels que guerres civiles ou étrangères, révolutions, instabilité politique notoire, représailles, embargos, sanctions économiques (Récapitulatif des mesures restrictives par pays disponible sur le site du Ministère de l'Économie et des Finances <https://www.tresor.economie.gouv.fr/Ressources/sanctions-financieres-internationales>), mouvements populaires, émeutes,

sabotage, terrorisme, grèves, saisies ou contraintes par la force publique, interdictions officielles, explosions d'engins, effets nucléaires ou radioactifs, empêchements climatiques graves et les événements imprévisibles d'origine naturelle.

Elle s'efforcera néanmoins de tout mettre en œuvre pour venir en aide au Bénéficiaire.

L'organisation par le Bénéficiaire ou par son entourage de l'une des assistances énoncées dans la Convention ne peut donner lieu à remboursement que si Mondial Assistance a été prévenue et a donné son accord exprès.

Les frais exposés seront remboursés sur présentation des justificatifs originaux, dans la limite de ceux que Mondial Assistance aurait engagés pour organiser la prestation.

La responsabilité de Mondial Assistance ne concerne que les services qu'elle réalise en exécution de la Convention. Elle ne sera pas tenue responsable :

- des actes réalisés par les Prestataires intervenant auprès du Bénéficiaire en leur propre nom et sous leur propre responsabilité ;
- de l'inexécution ou de la mauvaise exécution de leurs obligations contractuelles consécutive à un cas de force majeure.

La prise en charge vient toujours en complément des remboursements des organismes d'assurance maladie complémentaire ou de prévoyance.

6. EXCLUSIONS

Outre les exclusions prévues dans la Convention, sont toujours exclus :

- les frais non justifiés par des documents originaux,
- le suicide ou les conséquences de tentative de suicide du Bénéficiaire,
- les dommages consécutifs à la consommation d'alcool par le Bénéficiaire ou l'absorption par le Bénéficiaire de médicaments, drogues ou stupéfiants, non prescrits médicalement,
- les conséquences :
 - des situations à risques infectieux en contexte épidémique,
 - de l'exposition à des agents biologiques infectants,
 - de l'exposition à des agents chimiques type gaz de combat,
 - de l'exposition à des agents incapacitants,
 - de l'exposition à des agents radioactifs,
 - de l'exposition à des agents neurotoxiques ou à effets neurotoxiques rémanents,qui font l'objet d'une mise en quarantaine ou de mesures préventives ou de surveillances spécifiques ou de recommandations de la part des autorités sanitaires internationales ou des autorités sanitaires locales du pays où le Bénéficiaire séjourne,
- les dommages provoqués intentionnellement par un Bénéficiaire et ceux résultant de sa participation à un crime, un délit ou une rixe, sauf cas de légitime défense,
- les conséquences de maladies et accidents antérieurs à la date d'effet du contrat,
- les dommages résultant de soins d'ordre esthétique (y compris chirurgie esthétique).

Au titre de la prestation « Téléconsultation médicale » décrite à l'article 4.2, sont également exclues :

- les Téléconsultations lorsque le service médical de Mondial

Assistance identifie une urgence médicale.

- les consultations pour des pathologies psychiatriques ;
- les prescriptions de certificats médicaux ;
- les prescriptions d'arrêt de travail et leur prolongation éventuelle;
- les prescriptions particulières, telles que :
 - les médicaments soumis à prescription restreinte :
 - médicaments réservés à l'usage hospitalier
 - médicaments à prescription hospitalière
 - médicaments à prescription initiale hospitalière
 - médicaments à prescription réservée aux médecins spécialistes
 - les médicaments nécessitant une surveillance particulière pendant le traitement.
 - les médicaments soumis à accord préalable. La liste exhaustive est accessible sur http://www.cnam.nat.tn/doc/upload/list_APcl.pdf ;
 - les médicaments d'exception : la liste des médicaments d'exception est disponible sur le site Meddispar, le site de référence des médicaments réglementés, proposé par l'Ordre national des pharmaciens ;
 - la prescription de stupéfiants.

- Au titre de la prestation « Aide pédagogique de l'Enfant » décrite à l'article 4.3.5, sont exclues les phobies scolaires.

7. MODALITÉS D'EXAMEN DES RÉCLAMATIONS

Lorsqu'un Bénéficiaire est mécontent du traitement de sa demande, sa première démarche doit être d'en informer son interlocuteur habituel pour que la nature de son insatisfaction soit comprise et que des solutions soient recherchées.

En cas de désaccord sur les solutions proposées, le Bénéficiaire peut adresser une réclamation à l'adresse électronique suivante :

reclamation@votreassistance.fr

(ou envoyer un courrier à l'adresse : AWP FRANCE SAS, Service Réclamations, TSA 70002 – 93488 Saint Ouen Cedex.)

Un accusé de réception parviendra au Bénéficiaire dans les 10 (dix) jours ouvrables (hors dimanches et jours fériés) à compter de la réception de la réclamation, sauf si la réponse à sa réclamation lui est transmise dans ces délais.

Une réponse lui sera fournie au plus tard dans les 2 (deux) mois suivant la date de réception de sa réclamation, hors survenance de circonstances particulières dont Mondial Assistance, le tiendrait informé.

Si le Bénéficiaire n'est toujours pas satisfait du traitement de sa réclamation, il peut saisir le médiateur indépendant dont les coordonnées sont les suivantes :

La Médiation de l'Assurance

<http://www.mediation-assurance.org>

LMA

TSA 50110

75441 Paris Cedex 09

La demande du Bénéficiaire auprès de la Médiation de l'Assurance doit, le cas échéant, être formulée au plus tard dans le délai d'1 (un) an à compter de sa réclamation écrite auprès de Mondial Assistance.

Les entreprises d'assurance adhérentes de la FFA ont mis en place un dispositif permettant aux Bénéficiaires de bénéficier d'une procédure de médiation pour le règlement de leurs litiges. Ce dispositif est défini par la Charte de la Médiation de l'Assurance. Le Bénéficiaire a toujours la possibilité de mener toutes autres actions légales.

En cas de souscription de son contrat d'assurance en ligne, le Bénéficiaire a la possibilité en qualité de consommateur, de recourir à la plateforme de Règlement en ligne des litiges (RLL) de la Commission Européenne en utilisant le lien suivant :

<http://ec.europa.eu/consumers/odr>.

8. COMPÉTENCE JURIDICTIONNELLE

Mondial Assistance fait éléction de domicile en son siège social : 7, rue Dora Maar – 93400 Saint-Ouen.

Les contestations qui pourraient être élevées contre Mondial Assistance à l'occasion de la mise en œuvre de la Convention sont exclusivement soumises aux tribunaux français compétents et toutes notifications devront être faites par courrier recommandé avec accusé de réception à l'adresse indiquée ci-dessus.

9. PRESCRIPTION

Toute action dérivant du contrat d'assurance est prescrite par un délai de deux (2) ans à compter de l'événement qui y donne naissance, dans les conditions fixées à l'article L 114-1 du Code des assurances.

Les dispositions relatives à la prescription des actions dérivant du contrat d'assurance sont fixées par les articles L114-1 à L114-3 du Code des assurances reproduits ci-après :

- Article L114-1 du Code des assurances
« Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance **sont prescrites par deux ans** à compter de l'événement qui y donne naissance. Toutefois, ce délai ne court :

- 1° En cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'assureur en a eu connaissance ;
- 2° En cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

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

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

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

- Article L114-2 du Code des assurances
« La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique, avec accusé de réception, adressés par l'assureur à l'assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'assuré à l'assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité. ».

- Article L114-3 du Code des assurances
« Par dérogation à l'article 2254 du code civil, les parties au contrat d'assurance ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci. »

Information complémentaire

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription sont énoncées aux articles 2240 et suivants du Code Civil, parmi ces

dernières figurent notamment : la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait, la demande en justice même en référé, l'acte d'exécution forcée.

Pour connaître l'exhaustivité des causes ordinaires d'interruption de la prescription, se reporter aux articles du Code civil précités.

10. PROTECTION DES DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL

Le traitement de données à caractère personnel est régi par la loi « Informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée et le Règlement UE 2016/679 du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données.

AWP P&C est le responsable du traitement des données à caractère personnel, recueillies en vue de la passation, la gestion et l'exécution des contrats.

Ces données sont conservées pendant la durée nécessaire à l'exécution du contrat et conformément aux dispositions relatives à la prescription. Elles sont destinées aux gestionnaires des prestations d'assistance et sont susceptibles d'être communiquées à des sous-traitants, situés hors de l'Union Européenne.

Conformément à la législation et réglementation applicables en matière de protection des données, le Bénéficiaire peut exercer son droit d'accès aux données le concernant et les faire rectifier en contactant :

informations-personnelles@votreassistance.fr.

Le Bénéficiaire est informé de l'existence de la liste d'opposition au démarchage téléphonique « Bloctel » sur laquelle il peut s'inscrire : <https://conso.bloctel.fr/>.

Pour plus d'informations, il est possible de consulter la Déclaration de confidentialité expliquant notamment comment et pourquoi sont collectées les données personnelles. Sa version la plus récente a été remise au Bénéficiaire lors de la souscription du contrat.

Dans le cadre de sa politique de maîtrise des risques et de la lutte anti-fraude, AWP P&C se réserve le droit de procéder à tout contrôle des informations et de saisir, si nécessaire, les autorités compétentes conformément à la législation en vigueur.

11. AUTORITÉ DE CONTRÔLE

Les entreprises qui accordent les prestations prévues par la Convention sont soumises au contrôle de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution, sise au 4 Place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris CEDEX 09 - www.acpr.banque-france.fr

12. LOI APPLICABLE – LANGUE UTILISÉE

La Convention est régie par la loi française.

La langue utilisée pour l'exécution de la Convention est le français.

DÉCLARATION DE CONFIDENTIALITÉ

La sécurité de vos données personnelles nous importe

AWP P&C est une compagnie d'assurance agréée par l'**Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR)** proposant des produits et services d'assurance. Protéger votre vie privée est notre priorité absolue. Cette déclaration de confidentialité explique comment nous collectons les données personnelles, quel type de données nous collectons et pourquoi, avec qui nous les partageons et à qui nous les divulguons. Veuillez lire attentivement cette déclaration.

1. QUI EST LE RESPONSABLE DU TRAITEMENT DES DONNÉES ?

Le responsable du traitement des données est la personne, physique ou morale, qui contrôle et est responsable de la conservation et de l'utilisation des données personnelles, au format papier ou électronique. AWP P&C (« Nous », « Notre ») est responsable du traitement des données, tel que défini par la législation et la réglementation applicables en matière de protection des données.

2. QUELLES DONNÉES PERSONNELLES SONT COLLECTÉES ?

Nous collecterons et traiterons différents types de données personnelles vous concernant, conformément à ce qui suit :

- les données relatives à l'identification des personnes parties, intéressées ou intervenantes au contrat et
- toute autre donnée nécessaire à la passation et/ou l'exécution du contrat.

Dans ce cadre, nous pourrions être amenés à collecter et traiter les « données personnelles sensibles » vous concernant.

En souscrivant le présent contrat, vous vous engagez à communiquer les informations figurant dans cette déclaration de confidentialité à tout tiers pour lequel toute donnée personnelle pourrait nous être transmise (ex. les autres assurés, les bénéficiaires, les tiers impliqués dans le sinistre, les personnes à prévenir en cas d'urgence, etc.), et vous acceptez de ne pas communiquer ces informations autrement.

3. COMMENT VOS DONNÉES PERSONNELLES SONT-ELLES COLLECTÉES ET TRAITÉES ?

Nous collecterons et traiterons les données personnelles que vous nous transmettez et celles que nous recevons de tiers (comme expliqué plus bas) pour un certain nombre de finalités et sous réserve de votre consentement exprès, à moins que ce dernier ne soit pas exigé par les lois et réglementations applicables, comme indiqué ci-dessous :

Finalité	Est-ce que votre consentement explicite est nécessaire ?
Administration du contrat d'assurance (ex. : traitement des réclamations, les enquêtes et estimations nécessaires à la détermination de l'existence de l'événement garanti et du montant des indemnités à verser ou le type d'assistance à fournir, etc.)	Oui, si nécessaire. Toutefois, dans les cas où nous devons traiter vos données personnelles dans le cadre du traitement de votre réclamation, nous ne solliciterons pas votre consentement exprès.
Pour mener des enquêtes de qualité sur les services fournis, afin d'évaluer votre niveau de satisfaction et de l'améliorer	Non. Nous avons un intérêt légitime à vous contacter après avoir géré une demande ou après avoir fourni une prestation afin de nous assurer que nous avons exécuté nos obligations contractuelles d'une manière satisfaisante. Toutefois, vous avez le droit de vous y opposer en nous contactant comme cela est expliqué dans la section 9 ci-dessous.
Pour satisfaire à toutes les obligations légales (par exemple, celles qui découlent des lois sur les contrats d'assurance et les activités d'assurance, des règlements sur les obligations fiscales, comptables et administratives)	Non, dans la mesure où ces activités de traitement sont expressément et légalement autorisées.
À des fins de vérification, pour nous conformer aux obligations légales ou aux procédures internes	Non. Nous pouvons traiter vos données dans le cadre d'audits internes ou externes requis soit par la loi, soit par nos procédures internes. Nous ne solliciterons pas votre consentement au titre de ces traitements s'ils sont justifiés en vertu de la réglementation en vigueur ou au titre de notre intérêt légitime. Toutefois, nous nous assurerons que seules les données à caractère personnel strictement nécessaires seront utilisées et qu'elles seront traitées en toute confidentialité. Les audits internes sont généralement réalisés par notre société mère.

Pour réaliser des analyses statistiques et qualitatives sur la base des données et du taux de demandes d'indemnisation	Si nous réalisons l'une de ces activités de traitement, nous le ferons en anonymisant les données personnelles. En conséquence, les données anonymisées ne sont plus considérées comme des données « à caractère personnel » et votre consentement n'est plus requis.
Pour la gestion du recouvrement de créances	Non, si le traitement de vos données, même s'il s'agit de catégories sensibles de données à caractère personnel s'avère nécessaire à la constatation, à l'exercice ou à la défense de droits en justice, que nous pouvons invoquer également au titre de notre intérêt légitime.
Au titre de la prévention et de la lutte contre la fraude, le blanchiment d'argent et le respect de la réglementation applicable aux sanctions économiques, y compris, le cas échéant, par exemple, la comparaison entre vos informations et celles figurant sur les précédentes demandes, ou la vérification des systèmes courants de déclaration de sinistre.	Non. Il est entendu que la détection et la de lutte contre la fraude, le blanchiment d'argent et le respect de la réglementation applicable aux sanctions économiques constituent un intérêt légitime du Responsable du traitement. Par conséquent, nous sommes en droit de traiter vos données à cette fin sans avoir à recueillir votre consentement.
Pour transférer les risques via une réassurance et une coassurance	Nous pouvons traiter et partager vos données à caractère personnel avec d'autres compagnies d'assurances ou de réassurances, avec lesquelles nous avons signé ou nous signerons des accords de coassurance ou de réassurance. La coassurance est la couverture du risque par plusieurs compagnies d'assurances au moyen d'un seul contrat, en assumant chacune un pourcentage du risque ou en répartissant les couvertures entre elles. La réassurance est la « sous-traitance » de la couverture d'une partie du risque à un réassureur tiers. Toutefois, il s'agit d'un accord interne entre nous et le réassureur et vous n'avez aucun lien contractuel direct avec ce dernier. Ces transferts de risques interviennent au titre des intérêts légitimes des compagnies d'assurances, qui sont même généralement expressément autorisés par la loi (y compris le partage des données à caractère personnel strictement nécessaires à cette finalité)

Comme mentionné plus haut, pour les finalités énumérées précédemment, nous traiterons les données personnelles vous concernant que nous recevons de notre partenaire commercial **CEGEMA**.

Concernant les finalités mentionnées précédemment pour lesquelles nous avons indiqué que votre consentement exprès n'est pas requis ou dans les cas où nous aurions besoin de vos données personnelles dans le cadre de la souscription de votre assurance et/ou de la gestion de votre sinistre, nous traiterons vos données personnelles sur la base de nos intérêts légitimes et/ou conformément à nos obligations légales.

Vos données personnelles seront nécessaires pour tout achat de nos produits et services. Si vous ne souhaitez pas nous fournir ces données, nous ne serons pas en mesure de vous garantir l'accès aux produits et services demandés ou susceptibles de vous intéresser, ou encore de vous proposer des offres adaptées à vos exigences spécifiques.

4. QUI PEUT ACCÉDER À VOS DONNÉES PERSONNELLES ?

Nous nous assurons que vos données personnelles sont traitées dans le respect des finalités indiquées plus haut.

Dans le cadre des finalités énoncées, vos données personnelles pourront être divulguées aux parties suivantes, agissant en tant que tiers, responsables du traitement des données :

- organismes du secteur public, autres sociétés de notre groupe, autres assureurs, réassureurs.

Dans le cadre des finalités énoncées, vos données personnelles pourront être divulguées aux parties suivantes, agissant en tant que préposés au traitement des données, opérant sous notre responsabilité :

- autres sociétés de notre groupe (dont AWP France SAS), consultants techniques, experts, avocats, experts en sinistres, réparateurs, prestataires, médecins et sociétés de services délégués de nos opérations (réclamations, informatique, services postaux, gestion de documents)

En définitive, nous pourrions être amenés à partager vos données personnelles dans les cas suivants :

- dans les cas envisagés ou réels de réorganisation, fusion, vente, coentreprise, cession, transfert ou autre disposition de tout ou partie de notre activité, de nos actifs ou de nos titres (notamment dans le cadre de procédures en insolvabilité ou autres procédures similaires) ; et
- afin de nous conformer à toute obligation légale, y compris aux obligations résultant des décisions du médiateur dans le cas où vous présenteriez une réclamation concernant l'un de nos produits ou services.

5. OÙ SONT TRAITÉES VOS DONNÉES PERSONNELLES ?

Vos données personnelles pourront être traitées aussi bien à l'intérieur qu'à l'extérieur de l'Union Européenne (UE) par les parties spécifiées dans la section 4, toujours sous réserve des restrictions contractuelles relatives à la confidentialité et à la sécurité, conformément à la législation et à la réglementation applicables en matière de protection des données. Nous ne divulguons pas vos données personnelles à des parties non autorisées à les traiter.

Chaque transfert de vos données personnelles en vue de leur traitement en dehors de l'UE par une autre société de notre groupe, sera effectué sur la base des règles internes d'entreprise approuvées par l'Autorité de régulation dont dépend notre groupe, établissant des règles adéquates de protection des données personnelles et contraignant juridiquement l'ensemble des sociétés de notre groupe. Lorsque les règles internes d'entreprise ne s'appliquent pas, nous prendrons des mesures afin de garantir que le transfert de vos données personnelles hors UE sera effectué selon le niveau de protection adéquat, au même titre que s'il s'agissait d'un transfert à l'intérieur de l'UE. Vous pouvez prendre connaissance des mesures de protection que nous mettons en œuvre pour ce type de transferts (clauses contractuelles types, par exemple) en nous contactant comme indiqué dans la section 9.

6. QUELS SONT VOS DROITS CONCERNANT VOS DONNÉES PERSONNELLES ?

Lorsque la loi ou la réglementation en vigueur le permet, vous avez le droit :

- d'accéder à vos données personnelles et de connaître leur provenance, les objectifs et finalités du traitement de ces données, les informations concernant le(s) responsables(s) du traitement des données, le(s) préposé(s) au traitement des données et les destinataires des données potentiellement divulguées ;
- de retirer votre consentement à tout moment, dans les cas où celui-ci est requis pour le traitement de vos données personnelles ;
- de mettre à jour ou de rectifier vos données personnelles afin qu'elles soient toujours exactes ;
- de supprimer vos données personnelles de nos systèmes si leur conservation n'est plus nécessaire dans le cadre des finalités indiquées précédemment ;
- de restreindre le traitement de vos données personnelles dans certaines circonstances, par exemple, si vous avez contesté l'exactitude de vos données personnelles, pendant la période nécessaire à la vérification de leur exactitude par nos services ;
- d'obtenir vos données personnelles au format électronique, pour votre usage personnel ou celui de votre nouvel assureur ; et
- de déposer une plainte auprès de notre société et/ou de l'autorité de protection des données compétente - Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL).

Vous pouvez exercer ces droits en nous contactant comme indiqué à la section 9.

7. COMMENT VOUS OPPOSER AU TRAITEMENT DE VOS DONNÉES PERSONNELLES ?

Lorsque la loi ou la réglementation en vigueur le permet, vous avez le droit de vous opposer au traitement de vos données personnelles par nos services, ou de solliciter auprès de notre société l'arrêt du traitement desdites données (y compris à des fins de marketing direct). Une fois votre demande transmise, nous ne procéderons plus au traitement de vos données personnelles, à moins que la législation ou la réglementation applicable ne le permette.

Vous pouvez exercer ce droit de la même manière que vos autres droits définis dans la section 6.

8. COMBIEN DE TEMPS CONSERVERONS-NOUS VOS DONNÉES PERSONNELLES ?

Nous ne conserverons vos données à caractère personnel que pendant la durée nécessaire aux fins indiquées dans la présente déclaration de confidentialité puis elles seront supprimées ou anonymisées une fois qu'elles ne sont plus nécessaires. Ci-dessous nous vous communiquons quelques-unes des durées de conservation applicables aux finalités indiquées à la section 3 ci-dessus.

- Pour une durée de deux (2) ans à compter de la date de fin du contrat d'assurance
- En cas de sinistre – deux (2) ans à compter du règlement du sinistre.
- En cas de sinistre avec dommages corporels – dix (10) ans à compter du sinistre.
- Pour toute information sur les réclamations – deux (2) ans à compter de la réception de la réclamation.
- Pour toute information sur le contrat – deux (2) ans à compter de l'expiration, de la résiliation, ou de l'annulation.

Toutefois, sachez que des obligations ou des événements spécifiques supplémentaires peuvent parfois annuler ou modifier ces durées, tels que des litiges ou des enquêtes réglementaires en cours, qui peuvent remplacer ou suspendre ces durées jusqu'à ce que l'affaire soit close et que le délai applicable d'examen ou d'appel ait expiré. En particulier, les durées de conservation basées sur des prescriptions dans le cadre d'actions en justice peuvent être suspendues puis reprendre par la suite.

9. COMMENT NOUS CONTACTER ?

Pour toute question concernant l'utilisation que nous faisons de vos données personnelles, vous pouvez nous contacter par e-mail ou par courrier postal :

AWP France SAS
Département Protection des Données Personnelles
7 rue Dora Maar - 93400 Saint-Ouen
E-mail : informations-personnelles@votreassistance.fr

10. À QUELLE FRÉQUENCE METTONS-NOUS À JOUR LA PRÉSENTE DÉCLARATION DE CONFIDENTIALITÉ ?

Nous procédons régulièrement à la révision de cette déclaration de confidentialité.

STATUTS ASSOCIATION GPMA

(MODIFIÉS PAR L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE EXTRAORDINAIRE DU 24 MAI 2018)

Sommaire

ARTICLE 1- FORMATION-DURÉE	53
ARTICLE 2 - OBJET	53
ARTICLE 3 - MEMBRES - ADHÉRENTS	53
ARTICLE 4 – SIÈGE SOCIAL	53
ADMINISTRATION	53
ARTICLE 5 - CONSEIL D'ADMINISTRATION	53
ARTICLE 6 - LE PRÉSIDENT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION	54
ARTICLE 7 - BUREAU	54
ARTICLE 8 - FONCTIONNEMENT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION	54
ARTICLE 9 – POUVOIRS DU CONSEIL D'ADMINISTRATION	54
ARTICLE 10 - RÈGLEMENT INTÉRIEUR	54
ASSEMBLÉES GÉNÉRALES ORDINAIRE ET EXTRAORDINAIRE	54
ARTICLE 11 - RÈGLES COMMUNES À TOUTES LES ASSEMBLÉES GÉNÉRALES	54
Composition	54
Convocation-Ordre du jour	54
Quorum – Droits de vote	55
Organisation – procès-verbaux	55
ARTICLE 12 - ASSEMBLÉES GÉNÉRALES ORDINAIRES	55
ARTICLE 13 - ASSEMBLÉES GÉNÉRALES EXTRAORDINAIRES	55
RESSOURCES - DEPENSES	55
ARTICLE 14 - RESSOURCES	55
ARTICLE 15 - DÉPENSES	55
ARTICLE 16- COMPTES ANNUELS	55
ARTICLE 17- COMMISSAIRES AUX COMPTES	55
DISSOLUTION	55
ARTICLE 18 - DISSOLUTION	55

ARTICLE 1- FORMATION-DURÉE

Il est créé une Association de Prévoyance régie par la loi du 1er juillet 1901, les articles L.141-7 et R.141-1 à R.141-9 du Code des assurances et tous textes qui viendraient, le cas échéant à les modifier ou les compléter, ainsi que par les présents statuts.

Elle prend la dénomination de **Groupe de Prévoyance Maladie-Accident, «G P M A»**.

Elle est constituée pour une durée illimitée.

ARTICLE 2 - OBJET

L'Association Groupe de Prévoyance Maladie-Accident a pour objet :

- d'étudier et de conseiller ses adhérents sur la mise en place de régimes de prévoyance, santé ou retraite ;
- de permettre la mise en place de ces régimes en souscrivant à l'intention de ses adhérents des contrats collectifs d'assurance.
- de défendre les intérêts des adhérents et de les informer en engageant à cet effet toute action de formation, d'information et de communication avec eux et en dehors d'eux pour accueillir de nouveaux membres ;
- de venir en aide à ses adhérents en grande difficulté par l'attribution d'allocations provenant du fonds d'entraide ;
- de participer et soutenir toute activité d'Association, fondation ou autre organisme à but non lucratif ayant pour objet des actions de solidarité principalement dans les domaines de la prévention santé, du handicap, de la recherche médicale et de l'insertion ;
- et plus généralement de prendre toute initiative présentant une utilité directe, indirecte ou complémentaire pour son activité

Et ce par tous moyens et sans visées bénéficiaires.

ARTICLE 3 - MEMBRES - ADHÉRENTS

L'Association se compose de :

- a) membres d'honneur choisis pour l'aide ou les conseils qu'ils peuvent apporter à l'Association ; les demandes d'admission à ce titre seront

soumises à l'agrément du Bureau du Conseil d'Administration ;

- b) membres adhérents qui bénéficient des prestations de l'Association et paient à ce titre une cotisation.

Ces différentes catégories peuvent comporter des personnes physiques et des personnes morales.

Tout adhérent doit avoir la qualité de membre pour prétendre aux garanties des contrats souscrits par l'Association.

La qualité de membre s'acquiert par adhésion aux présents Statuts et paiement de la cotisation. Elle se perd par décès, non règlement des cotisations ou dissolution de l'Association. La qualité de membre adhérent se perd également à la fin de l'adhésion aux contrats collectifs d'assurance sur la vie à la suite d'une renonciation, d'un rachat anticipé ou à l'échéance normale

La qualité de membre d'honneur se perd par décès, démission, radiation sur décision du conseil d'administration pour motifs graves ou dissolution de l'association.

La décision est rendue en dernier ressort et n'a pas à être motivée.

Chaque adhérent personne morale, s'il représente plusieurs assurés, sera redevable d'autant de droits d'adhésions qu'il représente d'assurés.

ARTICLE 4 – SIÈGE SOCIAL

Le Siège Social est fixé à Paris, 75447 cedex 09. Il peut être transféré en tout autre lieu sur décision du Conseil d'Administration ratifiée par la plus prochaine Assemblée Générale Ordinaire.

ADMINISTRATION

ARTICLE 5 - CONSEIL D'ADMINISTRATION

Le Conseil d'Administration se compose de neuf membres au moins et de dix-huit membres au plus, tous élus par l'Assemblée Générale des adhérents.

Les Administrateurs sont élus pour une durée de trois ans et sont rééligibles.

Le Conseil est composé, pour plus de la moitié, de membres ne détenant ou n'ayant détenu au cours des deux années précédant leur désignation aucun

intérêt ni aucun mandat dans les organismes d'assurance signataires des contrats d'assurance de groupe, et ne recevant ou n'ayant reçu au cours de la même période aucune rétribution de la part de ces mêmes organismes ou sociétés.

Ces Administrateurs peuvent être soit des membres individuels, soit des personnes morales qui désigneront leur représentant permanent.

Nul ne peut être membre du Conseil d'Administration de l'Association ni, directement ou indirectement ou par personne interposée, administrer, diriger ou gérer à un titre quelconque l'Association ni disposer du pouvoir de signer pour le compte de l'Association s'il a fait l'objet de l'une des condamnations ou mesures mentionnées au 1° à 5° de l'article L322-2 du code des assurances.

En cas de décès ou de démission d'un Administrateur en cours d'année, il est pourvu à son remplacement provisoire (cooptation) par les soins du Conseil. Il est procédé à la ratification des cooptations par la plus prochaine Assemblée Générale. Les pouvoirs des membres ainsi élus prennent fin à l'époque où devrait normalement expirer le mandat des membres remplacés. Si cette ratification est refusée, les décisions prises et les actes accomplis par le Conseil depuis la cooptation et jusqu'à cette Assemblée demeurent valables.

Les fonctions de membre du Conseil d'Administration sont gratuites.

Elles peuvent toutefois donner lieu à un remboursement des frais engagés dans l'intérêt de l'Association sur la base de justificatifs. D'autre part, le Conseil d'Administration peut décider d'allouer à ses administrateurs, dans les limites fixées par l'Assemblée Générale, des indemnités et avantages sans que ceux-ci soient liés directement ou indirectement et de quelque façon que ce soit au volume d'activité de l'Association (cotisations, encours des contrats, nombre d'adhérents...).

Le Président du Conseil d'Administration informe chaque année l'Assemblée Générale du montant des indemnités et avantages alloués conformément à l'alinéa précédent aux membres du Conseil d'Administration.

Tout Administrateur qui n'a pris aucune part aux travaux du Conseil pendant un an pourra être considéré comme démissionnaire, l'intéressé ayant été préalablement invité à présenter les motifs de ses absences.

ARTICLE 6 - LE PRÉSIDENT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

L'Association est dirigée par un Président élu par les membres du Conseil d'Administration.

Le Président est responsable de ses décisions devant le Conseil d'Administration. Il représente l'Association dans les conditions fixées par le Conseil d'Administration.

Le Conseil d'Administration peut déléguer tout ou partie de ses pouvoirs au Président de l'Association qui en rend compte régulièrement.

Le Conseil d'Administration et le Président peuvent déléguer à une personne membre du Conseil pour une période déterminée certains de leurs pouvoirs de manière explicite.

Le Conseil d'Administration ou le Président peut à tout moment abroger une délégation de pouvoirs.

En cas d'urgence, le Président prend les décisions nécessaires au bon fonctionnement de l'Association et en informe dans les meilleurs délais les membres du Conseil d'Administration.

ARTICLE 7 - BUREAU

Chaque année, après l'Assemblée Générale, le Conseil élit parmi ses membres son Bureau composé d'un Président, d'un ou deux Vice-présidents, d'un Secrétaire Général pouvant être choisi en dehors des Administrateurs et d'un Trésorier.

Le Bureau met en œuvre les décisions prises par le Conseil d'Administration. Il se réunit à l'initiative du Président de l'Association en tant que besoin entre deux réunions du Conseil d'Administration.

ARTICLE 8 - FONCTIONNEMENT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

Le Conseil se réunit sur convocation du Président chaque fois que celui-ci le juge utile ou sur demande de la moitié des Administrateurs et au moins une fois par an.

Il peut désigner un ou plusieurs Conseillers Techniques en vue de réunir toute documentation relative à la réalisation technique de l'objet de l'Association. Ces personnes peuvent être choisies en dehors de celles composant le Conseil et éventuellement de l'Association.

Le Secrétaire Général et les Conseillers Techniques assistent aux réunions du Conseil et du Bureau avec voix consultative.

Il peut délibérer quel que soit le nombre des membres présents. Les Administrateurs ne peuvent se faire représenter. Les décisions sont prises à la majorité des Administrateurs présents. En cas de partage, la voix du

Président est prépondérante.

Il est tenu procès-verbal des séances du Conseil. Ces procès verbaux sont signés par le Président et au moins un autre membre du Conseil et consignés dans un registre.

ARTICLE 9 – POUVOIRS DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

Le Conseil est investi des pouvoirs les plus étendus pour prendre toutes décisions et autoriser la mise en œuvre de toutes opérations en rapport avec l'objet de l'Association et son fonctionnement, dans la limite des prérogatives de l'Assemblée Générale.

Notamment, le Conseil d'Administration a pour attributions :

- d'arrêter les comptes annuels et le budget de l'Association ;
- de signer un ou plusieurs contrats d'assurance, ainsi qu'un ou plusieurs avenants dans la limite de la délégation consentie par l'Assemblée Générale conformément à l'article 12 des présents statuts ; en cas de signature d'un ou de plusieurs contrats d'assurance, ou d'un ou plusieurs avenants, le Conseil d'Administration doit en faire rapport à la plus proche Assemblée ;
- de fixer le montant de la cotisation annuelle d'adhésion à l'Association ;
- d'arrêter les termes du rapport d'activité, moral et financier soumis à l'Assemblée Générale ;
- de déterminer le montant des allocations attribuées en faveur des adhérents au titre du fonds d'entraide ;
- de mettre en place toutes les délégations de pouvoirs nécessaires au bon fonctionnement de l'Association.

L'Association est représentée en Justice et dans tous les actes de sa vie civile par son Président ou un Vice-président ou par toute personne habilitée à cet effet par le Conseil.

ARTICLE 10 - RÈGLEMENT INTÉRIEUR

Le Conseil, sur proposition du Bureau, peut établir un règlement intérieur précisant et complétant les règles de fonctionnement de l'Association fixées par les présents statuts.

Il est également compétent, sur proposition du Bureau, pour le modifier ou l'abroger.

ASSEMBLEES GENERALES ORDINAIRE ET EXTRAORDINAIRE

ARTICLE 11 - RÈGLES COMMUNES À TOUTES LES ASSEMBLÉES GÉNÉRALES

Composition

L'Assemblée Générale est constituée par les membres de l'Association présents ou représentés.

Tout membre à jour de cotisation à la date de clôture de l'exercice comptable précédent, personne physique ou personne morale, a le droit de prendre part aux Assemblées Générales et d'y voter.

Pour l'exercice des droits de vote à l'Assemblée Générale, les adhérents ont la faculté de donner mandat à un autre adhérent, ou à leur conjoint.

Chaque adhérent dispose d'une voix. Les mandataires peuvent remettre les pouvoirs qui leur ont été conférés à d'autres mandataires ou adhérents. Le nombre de pouvoirs dont un même adhérent peut disposer, ne peut dépasser 5 % des droits de vote.

Les mandataires disposent du droit de vote quel que soit le nombre de pouvoirs dont ils disposent.

Le vote par correspondance n'est pas autorisé.

Si, sur décision du Conseil d'Administration, l'Association a mis en œuvre un mode de vote par voie électronique, tout adhérent, disposant des outils matériels et logiciels requis, peut voter par voie électronique en suivant les procédures et consignes qui lui seront adressées à cet effet.

Convocation-Ordre du jour

L'Assemblée Générale est convoquée par le Président du Conseil d'Administration, ou à défaut par le Conseil, au moins une fois par an dans les six mois de la clôture de l'exercice social.

Sur demande motivée d'au moins 10% des membres de l'Association, le Président du Conseil d'Administration, ou à défaut le Conseil, est tenu de convoquer une Assemblée Générale dans le délai de deux mois à compter de la réception de la demande.

La convocation aux Assemblées Générales est individuelle : elle est effectuée par lettre simple trente jours au moins avant la date fixée pour la réunion de l'Assemblée.

Cette convocation pourra être transmise ainsi que l'ensemble des

documents nécessaires par Internet à l'adresse e-mail que l'adhérent aura communiquée à l'Association par le biais du bulletin d'adhésion au contrat d'assurance ou de tout autre document.

La convocation individuelle mentionne l'ordre du jour et contient les projets de résolutions présentés par le Conseil d'Administration ainsi que ceux portés à la connaissance du Conseil d'Administration par cent adhérents au moins au plus tard dans les soixante jours avant la date fixée pour la réunion de l'Assemblée.

Elle peut mentionner également la date à laquelle la seconde Assemblée est convoquée en l'absence de réunion du quorum. Les adhérents pourront s'informer de la tenue ou non de la seconde Assemblée en téléphonant au numéro qui leur sera transmis ou en consultant le site internet.

La convocation indique également le lieu de réunion qui peut se situer dans des locaux en dehors du siège social.

Quorum – Droits de vote

L'Assemblée Générale ne peut valablement délibérer que si mille adhérents ou un trentième des adhérents au moins sont présents ou représentés.

Si, lors de la première convocation, l'Assemblée n'a pas réuni ce quorum, une seconde Assemblée est convoquée dans le délai de 30 jours.

Elle délibère alors valablement sur le même ordre du jour quel que soit le nombre de ses adhérents présents ou représentés.

Les adhérents devront se munir, pour participer à l'Assemblée de leur convocation ainsi que de tout document, notamment le pouvoir qui leur aura été adressé, justifiant du numéro de contrat d'assurance auquel ils ont souscrit.

Un adhérent peut se faire représenter par un autre membre de l'Association muni d'un pouvoir écrit.

Une feuille de présence est signée par les membres de l'Assemblée en entrant en séance et certifiée par le Président de l'Assemblée.

Organisation – procès-verbaux

Le Bureau de l'Assemblée Générale est celui du Conseil ; en cas d'absence, il est procédé si nécessaire au remplacement pour la durée de l'Assemblée par décision des membres du Conseil présents au début de la réunion.

L'Assemblée Générale ne peut délibérer que sur les questions inscrites à l'ordre du jour par le Conseil d'Administration à l'exception de la révocation de membre(s) du Conseil pouvant intervenir sur incident de séance. L'ordre du jour comporte le cas échéant les propositions de résolutions présentées par les adhérents dans les conditions précitées.

Les délibérations de l'Assemblée sont constatées par des procès-verbaux inscrits sur un registre spécial et signés par le Président et un membre du Conseil. Les copies ou extraits de ces procès-verbaux sont signés par le Président du Conseil ou par deux Administrateurs. Ils sont tenus à la disposition des adhérents au Siège de l'Association, pour consultation, sous condition de justifier de sa qualité d'adhérent.

ARTICLE 12 - ASSEMBLÉES GÉNÉRALES ORDINAIRES

Le Président doit convoquer dans les formes indiquées à l'article 11 une Assemblée Générale Ordinaire Annuelle une fois par an, dans les six mois suivant la clôture des comptes annuels.

L'Assemblée Générale Ordinaire Annuelle entend le rapport du Conseil sur la situation morale et financière de l'Association. Elle est seule compétente pour :

- définir les orientations de l'Association,
- approuver les comptes de l'Association et le rapport de gestion présentant la situation de l'Association et son activité pour l'exercice écoulé et les perspectives au plus tard dans les six mois de sa clôture,
- approuver le montant qui a été fixé par le Conseil d'Administration pour les cotisations des adhérents.

L'Assemblée Générale Ordinaire est compétente pour élire, ratifier et révoquer les Administrateurs.

L'Assemblée Générale Ordinaire a seule qualité pour autoriser la signature d'un ou de plusieurs contrats d'assurance de groupe ou d'un ou de plusieurs avenants à ceux-ci. Elle peut toutefois déléguer au Conseil d'Administration, par une ou plusieurs résolutions et pour une durée qui ne peut excéder dix-huit mois, le pouvoir de signer un ou plusieurs contrats d'assurance ainsi qu'un ou plusieurs avenants dans des matières que la résolution définit.

Néanmoins, il est précisé que l'assemblée générale a seule qualité pour autoriser la modification des dispositions essentielles du contrat d'assurance de groupe, telles qu'elles sont définies à l'article R141-6 du code des assurances

Elle est souveraine pour tout ce qui n'est pas de la compétence du Bureau, du Conseil d'Administration ou de l'Assemblée Générale Extraordinaire.

Les décisions prises en Assemblée Générale Ordinaire sont adoptées à la majorité simple des membres présents ou représentés.

ARTICLE 13 - ASSEMBLÉES GÉNÉRALES EXTRAORDINAIRES

Sur l'avis du Conseil, ou sur la demande motivée d'au moins 10% des membres de l'Association, le Président du Conseil d'Administration est tenu de convoquer une Assemblée Générale Extraordinaire, dans le délai de deux mois à compter de la réception de la demande.

L'Assemblée Générale Extraordinaire est seule compétente pour apporter des modifications aux statuts. Elle peut également décider la prorogation, la scission ou la fusion avec toute autre Association poursuivant un but analogue ou la dissolution.

Les décisions doivent être prises à la majorité des 2/3 des voix des membres présents ou représentés.

RESSOURCES - DEPENSES

ARTICLE 14 - RESSOURCES

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

Les ressources de l'Association se composent :

- des cotisations annuelles versées par ses membres conformément aux décisions du Conseil d'Administration ;
- des subventions, ressources ou versements autorisés par les dispositions législatives ou réglementaires en vigueur ;
- des sommes reçues en contrepartie de prestations fournies par l'Association ;
- des produits de ses placements financiers.

ARTICLE 15 - DÉPENSES

Les dépenses de l'Association sont constituées par :

- les allocations attribuées en faveur des adhérents au titre du Fonds d'Entraide ;
- les sommes destinées à faire face aux charges de son fonctionnement ;
- le soutien d'activités à but non lucratif dont l'objet est voisin de celui de l'Association ou peut s'y rattacher ;
- et, en général, toute dépense décidée par le Conseil d'Administration en conformité avec l'objet de l'Association.

Ces dépenses sont ordonnées par le Conseil d'Administration ou par toute personne mandatée à cet effet par le Conseil d'Administration.

ARTICLE 16- COMPTES ANNUELS

Les comptes annuels sont établis conformément au Plan Comptable Général et à la réglementation en vigueur.

Si les recettes annuelles excèdent les dépenses, l'affectation de l'excédent, exclusive de toute distribution, est décidée par l'Assemblée Générale Ordinaire sur proposition du Conseil d'Administration.

Les comptes de l'Association peuvent être consultés à son Siège par tout groupe d'adhérents, représentant la moitié plus un des membres de l'Association, à jour de leur cotisation.

ARTICLE 17- COMMISSAIRES AUX COMPTES

L'Assemblée Générale Ordinaire nomme, pour une durée de six exercices, un commissaire aux comptes titulaire et un commissaire aux comptes suppléant, inscrits sur la liste des commissaires aux comptes de la Compagnie Régionale de l'Ile de France.

Le commissaire aux comptes exerce sa mission selon les normes et règles de la profession. Il établit un rapport présenté chaque année à l'Assemblée Générale appelée à statuer sur les comptes de l'exercice clos.

DISSOLUTION

ARTICLE 18 - DISSOLUTION

En cas de dissolution volontaire ou forcée, l'Assemblée Générale Extraordinaire, délibérant à la majorité des Assemblées Générales Ordinaires, désigne un ou plusieurs Commissaires chargés de la liquidation des biens de l'Association.

Cette Assemblée, statuant alors à la majorité des 2/3 des voix des membres présents ou représentés, détermine souverainement les conditions dans lesquelles les membres de l'Association seront admis, s'il y a lieu, à exercer leur droit de reprise et se prononce sur la dévolution de l'actif net.