

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

ASSURANCE SANTÉ

L'Équité

DG SANTE EQUITE Réf. EQ1403D – 04/2015

TABLE DES MATIÈRES

1. PRÉAMBULE	1
2. INFORMATIONS GÉNÉRALES	1
Chapitre 1 – Objet du contrat	1
Chapitre 2 – Conditions de souscription	1
Chapitre 3 – Modalités de souscription	1
Chapitre 4 – Prise d'effet et durée du contrat	2
Chapitre 5 – Résiliation du contrat	2
Chapitre 6 – Déclarations	2
3. LA GARANTIE	4
Chapitre 1 – Conditions des garanties	4
Chapitre 2 – Prise d'effet des garanties	4
Chapitre 3 – Étendue territoriale des garanties	4
Chapitre 4 – Garanties et montant des remboursements	4
Chapitre 5 – Fonctionnement de l'équipement en optique	4
Chapitre 6 – Délais d'attente	5
Chapitre 7 – Exclusions	5
Chapitre 8 – Cadre juridique du contrat dit responsable	5
Chapitre 9 – Modifications des garanties	5
Chapitre 10 – Ajout ou retrait de bénéficiaires	6
4. PRESTATIONS	7
Chapitre 1 – Remboursement des prestations	7
Chapitre 2 – Télétransmission	7
Chapitre 3 – Tiers payant	7
Chapitre 4 – Justificatifs à produire	7
Chapitre 5 – Contrôle des dépenses et Expertise	8
Chapitre 6 – Procédure d'Expertise	8
5. COTISATION	9
Chapitre 1 – Montant de la cotisation	9
Chapitre 2 – Variation de la cotisation	9
Chapitre 3 – Révision de la cotisation	9
Chapitre 4 – Paiement de la cotisation	9
Chapitre 5 - Défaut de paiement	9
6. AUTRES INFORMATIONS	10
Chapitre 1 – Subrogation	10
Chapitre 2 – Prescription	10
Chapitre 3 – Examen des réclamations et procédure de médiation	10
Chapitre 4 – Informatique et libertés	11
Chapitre 5 – Autorité de contrôle	11
Chapitre 6 – Renonciation à la souscription	11
Chapitre 7 – Vente à distance : conclusion du contrat et droit de renonciation	12

1. PRÉAMBULE

Les garanties du produit sont gérées dans le cadre des conventions n° AC482396 ou n°AC482838, régies par le Code des assurances et par la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989.

Elles se composent des documents suivants :

- Les présentes Dispositions Générales, qui définissent les garanties, les engagements réciproques ainsi que les dispositions relatives à la vie du contrat,
- Les Dispositions particulières, qui retracent les éléments personnels de l'assuré, ses déclarations et les garanties qu'il a souscrites et qui incluent le tableau des garanties, qui détaille l'ensemble des postes de remboursements et leurs montants.

L'ensemble de ces documents constitue de façon indissociable le contrat auquel les parties s'engagent ; elles ne pourront se prévaloir de l'un d'entre eux séparément de tous les autres.

L'assureur des garanties Frais de Santé est L'ÉQUITÉ - Entreprise régie par le code des assurances - SA au capital de 22 469 320 € - RCS PARIS N° B 572 084 697 - Siège Social : 7 Bld Haussmann - 75442 Paris cedex 09 - société appartenant au groupe Generali immatriculé sur le registre italien des groupes d'assurances sous le numéro 026.

L'assureur délègue la gestion à AssurOne Group - 2/4 Boulevard de la Gare - 95210 Saint Gratien.

La convention est soumise à la Loi Française et toute action judiciaire y afférente sera du ressort exclusif des tribunaux français.

2. INFORMATIONS GÉNÉRALES

Chapitre 1 – Objet du contrat

Le présent contrat a pour objet le versement de prestations complémentaires à celles du Régime Obligatoire pour les frais médicaux, chirurgicaux ou d'hospitalisation occasionnés par un accident, une maladie ou une maternité engagés par les assurés.

Chapitre 2 – Conditions de souscription

L'admission à la présente assurance en qualité d'Assuré est réservée aux personnes physiques, âgées de moins de 80 ans à la date de signature de la demande de souscription, étant affiliées ou ayants droit d'un affilié à un régime général autre que les Travailleurs Non Salariés, selon les cibles suivantes :

Célibataire	Famille	Sénior
18 à 55 ans inclus	18 à 55 ans inclus (pour les 2 conjoints)	De 56 à 80 ans

Chapitre 3 – Modalités de souscription

Le demandeur, après avoir pris connaissance des présentes Dispositions Générales et du tableau des garanties, remplira avec soin une demande de souscription.

Il devra désigner ses éventuels ayants droits, parmi :

- son conjoint,
 - personne avec laquelle il est marié non divorcée et non séparée de corps judiciairement
 - son concubin, sous réserve de la production d'un justificatif de concubinage ou de vie commune
 - son partenaire, sous réserve de la production d'une attestation d'inscription de la déclaration du Pacte Civil de Solidarité
- les enfants,
 - âgés de moins de 18 ans, reconnus à sa charge ou à celle de son conjoint au sens du régime obligatoire,
 - âgés de 18 à 26 ans inclus, sous réserve :
 - qu'ils produisent un justificatif annuel de scolarité et n'exercent pas d'emploi rémunéré à caractère permanent,
 - qu'ils soient en formation en alternance ou en contrat d'apprentissage, sous réserve de justificatif,
 - qu'ils soient inscrits au Pôle Emploi en tant que primo demandeur d'emploi,
 - sans limite d'âge en cas de situation de handicap reconnue et justifiée.
- les ascendants, descendants ou collatéraux, à condition qu'ils soient reconnus à charge par le régime obligatoire de l'assuré ou celui de son conjoint.

Le demandeur devra également mentionner les garanties qu'il a choisies.

Il peut privilégier le choix d'une formule packagée (même niveau pour tous les blocs) : F1, F2, F3 ou F4.

Il a aussi la possibilité de moduler sa gamme en choisissant les 5 blocs de garanties séparément, avec une formule d'écart au maximum entre le bloc le plus bas et le plus haut.

Les garanties choisies seront ensuite identiques pour les ayants droits.

Aucune formalité médicale n'est exigée en cas de souscription au contrat, qu'elle que soit les garanties choisies.

Chapitre 4 – Prise d'effet et durée du contrat

Le contrat est réputé conclu à la date d'émission du certificat de souscription et prend effet à la date indiquée sur ce dernier. La date d'échéance du contrat est le 31 décembre de l'année civile. Ainsi en cas de souscription prenant effet à une date autre que celles du 1^{er} janvier, le contrat est conclu pour une 1^{ère} période, inférieure à une année, courant de la date d'effet du contrat jusqu'au 31 décembre de l'année. Il est reconduit ensuite pour une durée annuelle avec une possibilité de résiliation, à la date d'échéance du contrat ou en cours d'année comme précisé au paragraphe « RÉSILIATION DU CONTRAT ».

Néanmoins, les garanties d'assurance ont, sous réserve du paiement intégral des cotisations, et sous l'expresse condition qu'une réglementation impérative l'impose, un caractère viager dès la souscription.

Chapitre 5 – Résiliation du contrat

Le contrat peut être résilié dans les circonstances et les délais indiqués dans le tableau en annexe 1.

Formes de la résiliation

Lorsque la résiliation vient de l'assuré, elle doit se faire par lettre recommandée ou par déclaration faite contre récépissé à AssurOne Group - 2/4 Boulevard de la Gare - 95210 Saint Gratien.

Lorsque la résiliation vient de l'assureur, elle doit se faire par lettre recommandée, envoyée à son dernier domicile connu.

Conséquences de la résiliation

La garantie reste acquise pour tous les soins et traitements en cours jusqu'à la date de prise d'effet de la résiliation.

Résiliation par l'Assuré

L'assuré peut résilier son contrat :

- à l'échéance en adressant à l'assureur, au plus tard deux mois avant l'échéance annuelle prévue aux conditions particulières, une lettre recommandée. La résiliation prend effet au jour de l'échéance principale à 0 heure,
- en cas de modification de tarif ou de garantie, dans le mois qui suit la date où l'assuré a reçu son avis d'échéance. La résiliation prend effet 1 mois après l'envoi de la lettre de résiliation.
- en cas de diminution du risque 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 l'assuré a eu connaissance de la proposition. La résiliation prend effet 1 mois après l'envoi de la lettre de résiliation.

Résiliation par l'assureur

L'assureur peut résilier le contrat :

- en cas de non-paiement des cotisations (article L113-3 du Code des Assurances), au plus tôt 10 jours après l'échéance impayée. La résiliation prend effet 40 jours après l'envoi de la 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'assuré sans que la mauvaise foi de l'assuré soit établie (article L113-9 du Code des Assurances). La résiliation prend effet 10 jours après envoi de la lettre de résiliation.

Résiliation par le souscripteur ou par l'assureur

L'assuré ou l'assureur peut résilier le contrat :

- en cas de changement de domicile, de situation matrimoniale, de profession, de départ à la retraite ou cessation d'activité professionnelle des assurés, lorsque le contrat 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), dans les 3 mois qui suivent la date de l'événement pour le souscripteur et dans les 3 mois qui suivent l'envoi par le souscripteur d'une lettre d'information pour l'assureur. La résiliation prend effet 1 mois après la notification de la lettre recommandée.

Résiliation de plein droit

Le contrat est résilié de plein droit :

- en cas de décès de l'assuré. En présence de bénéficiaires, 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.
- en cas de départ de la France métropolitaine ou de la Principauté de Monaco pour une durée supérieure à un an. La résiliation prend effet le 1er jour qui suit le 1er anniversaire du départ.

Chapitre 6 – Déclarations

Les déclarations tant à la souscription qu'en cours de contrat, sont faites par l'assuré pour son compte et celui de ses ayants-droits auxquels elles sont opposables.

Ces déclarations sont importantes pour l'élaboration et l'évolution du contrat et l'assuré doit fournir des réponses exactes.

À la souscription

L'assuré doit répondre avec précision aux questions et demandes de renseignements figurant sur la demande de souscription.

En cours de contrat

L'assuré doit déclarer, pour toute personne couverte par le contrat, tout événement modifiant les déclarations faites lors de la Souscription 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 pour une durée supérieure à un an,

- 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 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 envoyées à AssurOne Group - 2/4 Boulevard de la Gare - 95210 Saint Gratien.

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.

En cas de réticence ou fausse déclaration intentionnelle modifiant l'appréciation du risque assuré, le contrat est nul et la prime payée demeure acquise à titre de pénalité. En cas d'omission ou déclaration inexacte non intentionnelle, constatée avant sinistre, l'assureur pourra résilier le contrat avec un préavis de 10 jours en restituant à l'assuré le prorata de prime ou augmenter 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.

3. LA GARANTIE

Chapitre 1 – Conditions des garanties

Pour bénéficier des garanties, les assurés doivent être affiliés ou ayants droits d'un affilié à un Régime Obligatoire français. Seules sont garanties les dépenses de santé engagées entre les dates d'effet et de résiliation du contrat.

En outre, pour les soins et les prothèses dentaires, les dates de proposition et d'exécution des travaux doivent être également situées dans la période de garantie.

Chapitre 2 – Prise d'effet des garanties

Les garanties du contrat sont acquises, à compter de la date d'effet mentionnée sur le certificat de souscription, sous réserve de l'encaissement effectif de la première prime et de la signature de la demande de souscription.

Chapitre 3 – Étendue territoriale des garanties

Les garanties d'assurance (frais médicaux, chirurgicaux et d'hospitalisation) s'exercent en France métropolitaine et dans la principauté de Monaco.

Elles s'étendent aux accidents survenus et maladies contractées à l'Étranger lors de voyages ou de séjours, si le Régime Obligatoire français d'assurance maladie de l'assuré s'applique. Le règlement des prestations est effectué dans tous les cas en France et en euros.

Chapitre 4 – Garanties et montant des remboursements

Les garanties sont synthétisées dans le tableau de garanties en cinq blocs :

Bloc 1 : Hospitalisation

Bloc 2 : Soins de ville

Bloc 3 : Dentaire

Bloc 4 : Optique

Bloc 5 : Actes non pris en charges par la Sécurité Sociale

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 de garantie.

Les montants de remboursements, figurant dans le tableau des garanties annexé aux présentes Dispositions Générales, 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 conventionné,

En Frais réels (FR),

En montant en euros. Ces montants représentent des plafonds de garantie qui incluent la prise en charge du ticket modérateur. Si ce plafond est atteint, seuls les actes remboursés par le Régime Obligatoire seront prises en charge à 100% du tarif de responsabilité.

Sur la majorité des postes, les plafonds sont exprimés par année d'assurance et par bénéficiaire. Ils se renouvellent chaque année à la date d'effet du contrat et ne sont pas cumulables d'une année sur l'autre.

Seul les postes "Équipement" en optique s'apprécient sur une période de deux ans.

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

Dans tous les cas, les remboursements sont limités au montant des frais réellement engagés. 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.

Chapitre 5 – Fonctionnement de l'équipement en optique

Un équipement en optique comprend deux verres et une monture.

Les plafonds de remboursement incluent la prise en charge du ticket modérateur et varient en fonction de la typologie des verres :
Verres simples : verres simple foyer dont la sphère est comprise entre - 6,00 et + 6,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries

Verres complexes : verres simple foyer dont la sphère est hors zone de - 6,00 à + 6,00 dioptries ou dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries et à verres multifocaux ou progressifs

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

Ces plafonds s'apprécient par période de deux ans, à compter de la date d'effet du contrat. Cette période est réduite à un an pour les mineurs ou en cas d'évolution de la vue.

Chapitre 6 – Délais d'attente

Le droit aux prestations prend effet, soit immédiatement après, la souscription soit à l'issue d'un délai d'attente déterminé.

La souscription s'effectue sans délai d'attente :

- en cas de changement de garantie ;
- dès lors qu'il y a présentation d'un certificat de radiation délivré par l'organisme complémentaire précédent (mutuelle ou assurance), sous réserve du délai d'attente de 6 mois pour « les actes non pris en charge par la Sécurité Sociale », à l'exception des actes de prévention, des actes et examens gynécologiques et la fécondation in vitro. Ledit certificat doit être adressé par le membre participant ou l'ayant droit concerné dans un délai de six mois à compter de sa date de souscription. Le délai d'attente sera levé dès réception de ce document ;
- pour les personnes âgées de moins de 65 ans, sous réserve du délai d'attente de 6 mois pour « les actes non pris en charge par la Sécurité Sociale », à l'exception des actes de prévention, des actes et examens gynécologiques et la fécondation in vitro.

La souscription s'effectue avec un délai d'attente :

- de 6 mois, quel que soit l'âge, pour l'ensemble des actes mentionnés dans « les actes non pris en charge par la Sécurité Sociale », à l'exception des actes de prévention, des actes et examens gynécologiques et la fécondation in vitro.

La souscription s'effectue avec un délai d'attente pour les personnes âgées de 65 ans et plus.

Ce délai d'attente est de :

- 3 mois sur la garantie Hospitalisation en cas de maladie ;
- 9 mois sur la garantie Dentaire et Optique.

La prise d'effet des garanties, suivant la nature des prestations, est précisée sur la « carte de tiers payant ».

Chapitre 7 – Exclusions

Les exclusions ci-dessous s'appliquent à toutes les garanties d'assurance à l'exception des garanties minimum des contrats responsables précisées à l'article « CADRE JURIDIQUE DU CONTRAT DIT RESPONSABLE ».

Les actes ne figurant pas sur la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP) ou dans la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) ne sont pas remboursés, sauf cas particuliers prévus au contrat.

Les garanties ne s'exercent pas en cas :

- de guerre civile ou étrangère,
- de désintégration du noyau atomique ou de radiations ionisantes,
- de traitements ou interventions chirurgicales dans un but de rajeunissement ou esthétique,
- d'une aggravation due à l'inobservation intentionnelle par l'Assuré des prescriptions du médecin.

Sont également applicables les exclusions imposées par le dispositif législatif des contrats dits « responsables » et mentionnées à l'article « CADRE JURIDIQUE DU CONTRAT DIT RESPONSABLE ».

Chapitre 8 – Cadre juridique du contrat dit responsable

Le contrat s'inscrit dans le cadre du dispositif législatif relatif aux contrats d'assurance complémentaire santé dits « contrats responsables » (articles L871-1, R871-1 ET R871-2 du code de la Sécurité sociale).

En cas d'évolution de la réglementation régissant les « contrats responsables », les garanties du contrat feront l'objet de modifications pour rester en conformité avec ce cadre juridique, après information préalable de l'adhérent.

Chapitre 9 – Modifications des garanties

À la demande de l'assuré

Les modifications de garantie ne sont possibles qu'à la date échéance du contrat sauf conditions dérogatoires (déménagement, modification de l'état civil, naissance, décès).

L'assuré doit demander ce changement par écrit et au plus tard deux mois avant l'échéance du contrat. Toutefois, une diminution du niveau de garantie ne sera acceptée qu'après un délai de douze mois d'assurance minimum suivant la date d'effet du contrat ou la date d'effet d'un avenant s'il fait suite à une augmentation du niveau de remboursements.

La modification des garanties de l'assuré et ses ayants droit prendra effet à la date d'effet de l'avenant constatant les modifications.

Les changements de garanties (à la hausse ou à la baisse) entraîneront un recalcul des plafonds annuels (proratisation).

En cas de modification de cotisation, la différence de cotisation sera mentionnée dans l'avenant. S'il s'agit d'un supplément à acquitter, celui-ci devra être réglé à l'assureur conformément aux dispositions de l'article « COTISATIONS ». S'il s'agit d'une ristourne en faveur de l'assuré, celle-ci lui sera réglée sous réserve de l'absence d'arriéré de prime à compenser.

À la demande de l'Assureur

Le contrat peut être modifié sur proposition de l'assureur, notamment par nécessité de mise en conformité avec les dispositions réglementaires régissant les contrats « responsables » (article « Cadre juridique du contrat dit responsable ») : dans ce cas, l'assuré sera informé des modifications apportées ou susceptibles d'être apportées aux droits et obligations des assurés au moins deux mois avant la date prévue de leur entrée en vigueur, à moins que les délais réglementaires ne permettent pas de respecter un tel délai.

L'assuré sera informé par courrier simple, l'assureur étant expressément dispensé de recourir à un envoi recommandé. L'assuré ne pourra exiger comme moyen de preuve de cette information l'envoi d'un courrier recommandé.

Ces modifications sont applicables sous réserve du consentement de l'assuré dans les conditions ci-après. Ce consentement peut être prouvé par tout moyen de droit. De convention expresse, le consentement de l'assuré est réputé acquis par le paiement sans réserve de la cotisation faisant suite à ces modifications, de même qu'en cas de prélèvement bancaire n'ayant soulevé ni réserve ni opposition formulée auprès de l'assureur dans les trente jours suivant son exécution.

En cas de refus d'une modification par l'assuré, celui-ci peut résilier le contrat dans le mois qui suit la réception de l'information. La prime ou le prorata de prime restera dû sur les bases existantes jusqu'à la date d'effet de cette résiliation.

Chapitre 10 – Ajout ou retrait de bénéficiaires

En cours de contrat, à l'échéance du contrat

L'assuré a la possibilité de demander, par écrit, l'ajout ou le retrait d'un ayant droit à la date échéance au 1^{er} janvier de chaque année du contrat, en prévenant l'Assureur deux mois à l'avance.

En cours de contrat, hors échéance contrat

Si un événement survient en cours d'année entraînant l'acquisition de la qualité d'ayant droit, d'une personne que l'assuré souhaite assurer, il doit adresser une demande écrite à cet effet :

- Dans un délai de 2 mois suivant cet événement s'il s'agit d'une naissance ou d'une adoption,
- Dans un délai de 15 jours suivant cet événement pour les autres demandes.

Sous réserve des pièces justifiant de la date de l'événement et des conditions permettant d'être désigné comme ayant droit, la modification du contrat prendra alors effet :

- À la date de naissance du nouveau-né,
- À la date de jugement d'un enfant adopté,
- À la date de l'union avec son conjoint,
- À la date de séparation ou de divorce,
- À la date de radiation d'un contrat de même nature prévoyant des garanties similaires (sous réserve de la production d'un Certificat de radiation).

Si la demande est formulée au-delà des délais ci-dessus, la modification du contrat prendra effet à la date de réception de la demande, sous réserve de la production des pièces justificatives. Si un événement survient en cours d'année entraînant la perte de la qualité d'ayant droit, l'assuré doit le déclarer par écrit dans les 15 jours suivant cet événement. La modification du contrat prendra effet, sous réserve de la production des pièces justifiant de la date de l'événement et de la fin des conditions permettant d'être désigné comme ayant droit :

- À la date du décès,
- À la date de séparation ou de divorce,
- À la date de cessation ou de changement d'affiliation au Régime Obligatoire.

Si des prestations ont été versées au-delà de ce délai, l'Assureur pourra demander à l'assuré le remboursement des prestations indûment réglées pour cet ayant droit.

Si un des ayants droits ne remplissait plus les conditions prévues pour être Bénéficiaire, les garanties cesseraient de plein droit et sans formalité pour celui-ci.

En cas d'ajout ou de sortie de Bénéficiaire, la cotisation sera ajustée en conséquence à compter de la date d'effet de l'avenant constatant cette modification. La différence de cotisation sera mentionnée dans l'avenant.

S'il s'agit d'un supplément à acquitter, celui-ci devra être réglé à l'Assureur conformément aux dispositions de l'article «COTISATIONS». S'il s'agit d'une ristourne en faveur de l'assuré, celle-ci lui sera réglée sous réserve de l'absence d'arriéré de prime à compenser.

Chapitre 11 – Adaptation du contrat suite à la modification du régime de base de la Sécurité sociale

Les garanties du présent contrat, sa tarification et les modalités de mise en jeu de l'assurance ont été fixées compte tenu des dispositions de la Sécurité sociale en vigueur lors de sa prise d'effet. Si ces dispositions ou les règles d'indemnisation de la Sécurité sociale venaient à être modifiées, l'Assureur se réserve la faculté de procéder à une révision du contrat, à compter du premier jour du mois suivant l'application par cet organisme des dispositions nouvelles. L'assuré conserve, dans ce cas, la possibilité de demander un aménagement des garanties ou la résiliation du contrat, sans application du délai de préavis.

4. PRESTATIONS

Chapitre 1 – Remboursement des prestations

Les dépenses de prestations sont remboursées en fonction des blocs de garanties que l'assuré a souscrits et qui figurent au Bulletin de souscription.

Les demandes de remboursement de prestations sont à adresser à AssurOne Group - 2/4 Boulevard de la Gare - 95210 Saint Gratien.

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 15 jours qui suivent soit la remise des justificatifs, soit l'accord amiable, soit la décision judiciaire exécutoire.

Elles sont réglées en euros sur un compte ouvert auprès d'un établissement bancaire français.

Les décomptes seront disponibles en ligne dans les espaces personnels des assurés ayant souscrit via les sites d'AssurOne group en mode direct.

Chapitre 2 – 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'assuré ne souhaite pas bénéficier du service de la télétransmission automatique, il peut faire connaître son refus à tout moment en écrivant à AssurOne Group – 2/4 Boulevard de la Gare – 95210 Saint Gratien.

L'assuré bénéficiant de la télétransmission de ses décomptes de remboursements pourra envoyer ses justificatifs complémentaires, avant même le remboursement de la Sécurité sociale.

En cas de rejet de la télétransmission, l'assuré sera amené à transmettre l'original de son décompte.

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

Chapitre 3 – Tiers payant

Le contrat permet de bénéficier des avantages d'une carte de tiers payant.

Pour les dépenses de pharmacie remboursables par la Sécurité sociale, l'assuré 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.

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 :

SG Sante – 14 rue Juliot-Curie – BP 248 – 51010 CHALON EN CHAMPAGNE Cedex.

En cas de suspension ou de résiliation du contrat, l'assuré s'engage à restituer immédiatement la carte de Tiers payant. Il s'engage également à rembourser à l'Assureur les prestations indûment réglées aux praticiens postérieurement à cette suspension ou cette résiliation.

Chapitre 4 – Justificatifs à produire

Pour obtenir le règlement de ses prestations, l'assuré doit envoyer à SG Sante – 14 rue Juliot-Curie – BP 248 – 51010 CHALON EN CHAMPAGNE Cedex, dans les 3 mois qui suivent la fin du traitement, les pièces justificatives accompagnées d'une demande datée et signée comportant le numéro de contrat.

La liste des pièces justificatives à fournir est la suivante :

- Les décomptes originaux des remboursements du Régime Obligatoire justifiant les prestations qui ont été servies. Dans les départements dans lesquels un accord a été passé avec les organismes de Régimes Obligatoires, une telle formalité ne sera pas nécessaire,
- Les notes d'honoraires et factures détaillées justifiant des frais réellement engagés, notamment pour le transport hospitalier et les actes non pris en charge par le régime obligatoire, • Les factures d'hospitalisation si celle-ci n'a pas donné lieu à prise en charge préalable, notamment pour la chambre particulière, le forfait hospitalier journalier, le lit et frais d'accompagnant
- Les factures des pharmaciens lorsque la garantie Tiers payant n'a pu être mise en jeu ou en cas de dépassement du tarif de responsabilité,
- La facture détaillée des frais engagés pour les prothèses dentaires,
- Pour les frais d'optique, la demande de prise en charge et la facture de l'opticien distinguant le prix de la monture de celui des verres ou indiquant les frais de lentilles. Pour les lentilles non remboursées par le Régime Obligatoire, joindre également une

ordonnance de moins de deux ans. En cas d'évolution de la vue, il sera exigé une nouvelle prescription médicale ou la prescription d'origine comportant les mentions de l'opticien justifiant le changement de correction en application de l'article R165-1 CSS.

- Pour les cures thermales, la facture détaillée des frais engagés, ainsi que le décompte du remboursement du Régime Obligatoire,
- Lorsque l'assuré ou ses ayants droits bénéficient d'une autre couverture complémentaire, les originaux des décomptes établis par l'organisme en cause,
- En cas de naissance, un certificat de naissance ou une copie certifiée conforme du livret de famille établissant la filiation avec l'assuré,
- En cas d'adoption, une copie du jugement d'adoption, établissant la filiation avec l'assuré,
- En cas d'accident mettant en cause un tiers responsable identifié, les coordonnées du tiers responsable ou de son assureur, afin de pouvoir engager les recours,

Seuls les décomptes originaux tiennent lieu de justificatifs.

Si les renseignements fournis sont insuffisants pour le règlement des prestations, l'assureur pourra demander de fournir des justificatifs complémentaires.

L'assuré qui emploie ou produit intentionnellement des documents inexacts ou frauduleux sera déchu de tout droit à garantie pour le sinistre dont il s'agit.

Chapitre 5 – Contrôle des dépenses et Expertise

Le médecin-conseil peut demander à l'assuré 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.

À peine de déchéance, l'assuré 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 du présent contrat, la prise en charge des frais dont le remboursement est demandé ou le montant de sa prise en charge.

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

Chapitre 6 – 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'assuré. Dans le cas où l'assuré ne peut se déplacer, le médecin missionné doit avoir accès à son lieu de résidence.

Chapitre 7 – Arbitrage

- En cas de persistance d'un désaccord 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.
- Chacun 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.

A défaut d'accord entre les médecins sur le nom du tiers expert, la désignation est effectuée par le Président du Tribunal de Grande Instance du domicile de l'assuré. Cette nomination est faite sur simple requête signée des deux parties ou d'une seulement, l'autre partie ayant été convoquée par lettre recommandée. Les 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.

5. COTISATION

Chapitre 1 – Montant de la cotisation

La cotisation annuelle est fixée au certificat de souscription. Elle est exprimée en euros, tous frais et taxes inclus.

Elle tient compte d'un certain nombre de paramètres tels que le régime obligatoire de l'assuré, les garanties choisies, l'âge des assurés et la zone géographique. 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'assuré.

Chapitre 2 – Variation de la cotisation

La cotisation évolue en fonction de l'âge atteint de l'assuré et de ses ayants droit à l'échéance du contrat.

En cours de contrat, la cotisation peut varier en cas de :

- modification de la législation sociale et/ou fiscale,
- changement de garanties
- changement ou modification du régime obligatoire d'assurance maladie,
- ajout ou sortie de bénéficiaire,
- changement de domicile entraînant un changement de zone tarifaire.

Par ailleurs, en cas de modification du taux de taxe sur les conventions d'assurance ou d'un prélèvement indirect, celle-ci sera appliquée conformément aux dispositions réglementaires.

Chapitre 3 – Révision de la cotisation

L'assureur peut également être amené à réévaluer le montant des cotisations, notamment en fonction des résultats techniques des garanties de même nature et/ou de l'évolution prévisionnelle des dépenses de santé.

Les augmentations de cotisations ont lieu chaque année au 1er janvier. Le nouveau montant de cotisation sera communiqué sur la lettre d'information annuelle.

L'assuré pourra refuser cette modification en résiliant le contrat dans le mois qui suit la réception de l'avis d'échéance.

Chapitre 4 – Paiement de la cotisation

La cotisation est payable d'avance, selon le fractionnement choisi par l'assuré : périodicité annuelle, semestrielle, ou mensuelle. Le paiement et l'encaissement de cotisations inexacts ou partielles ne sauraient valoir délivrance ou maintien des garanties.

Le prélèvement automatique est obligatoire pour les paiements mensuels. Le prélèvement s'effectue pour chaque mois de quittance au plus tard le 15 du mois précédant la quittance.

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

Chapitre 5 - Défaut de paiement

Si l'assuré ne paie pas la cotisation dans les 10 jours de son échéance, l'assureur peut - indépendamment de son droit de poursuite en justice - adresser à l'assuré une lettre recommandée valant mise en demeure. Faute de règlement, les garanties du contrat seront alors suspendues trente jours après l'envoi de cette lettre. La suspension de garanties entraîne, pour chaque assuré, la perte de tout droit aux garanties prévues par le présent contrat pour des événements survenus pendant la période de suspension.

En cas de paiement de l'intégralité de la cotisation restant due dans les dix jours suivant la suspension des garanties, celles-ci seront remises en vigueur le lendemain midi du jour du paiement. À défaut, le contrat sera automatiquement résilié dix jours après l'expiration du délai de trente jours précité. Dans ce cas, la portion de cotisation relative à la période postérieure à la date d'effet de la résiliation sera acquise à titre de dommages et intérêts et l'assureur pourra en poursuivre le recouvrement. S'y ajouteront les frais de recouvrement et les intérêts de retard qui seront à la charge de l'assuré.

6. AUTRES INFORMATIONS

Chapitre 1 – 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.

Chapitre 2 – Prescription

Conformément aux dispositions des articles L 114-1, L 114-2 et 114-3 du Code des assurances :

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

Toutefois, ce délai ne court :

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

2 - En cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

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

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

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. »

Conformément aux dispositions des articles 2240, 2241, 2242, 2243, 2244, 2245 et 2246 du Code civil relatant les causes d'interruption de la prescription :

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

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.

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

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.

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.

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.

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

Chapitre 3 – Examen des réclamations et procédure de médiation

Examen des réclamations

Pour toute réclamation relative à la gestion de son contrat, ses cotisations ou encore ses sinistres, l'assuré doit s'adresser prioritairement à son interlocuteur habituel qui est en mesure de lui fournir toutes informations et explications :

AssurOne Group - 2/4 Boulevard de la Gare - 95210 Saint Gratien

Si l'assuré ne reçoit pas une réponse satisfaisante, il peut adresser sa réclamation écrite (mentionnant les références du dossier concerné et accompagnée d'une copie des éventuelles pièces justificatives) à :

Generali - Service Réclamations - 7 Bd Haussmann - 75456 PARIS Cedex 09

ou

servicereclamations@generali.fr.

Ce service accusera réception de sa demande et y répondra dans les meilleurs délais.

Si la souscription du contrat a été effectuée par le biais d'un intermédiaire et que la demande relève de son devoir de conseil et d'information ou concerne les conditions de commercialisation du contrat, la réclamation doit être exclusivement adressée à cet intermédiaire.

La procédure ci-dessus ne s'applique pas si une juridiction a été saisie du litige que ce soit par l'assuré ou l'assureur.

Médiation

En qualité de membre de la Fédération Française des Sociétés d'Assurances, Generali applique la Charte de la Médiation mise en place au sein de cette Fédération.

Si un litige persiste entre l'assuré et l'assureur après examen de sa demande par le service réclamations, l'assuré peut saisir le Médiateur de la FFSA, en écrivant à M. le Médiateur de l'Assurance - BP 290 - 75 425 Paris Cedex 9.

Le Médiateur ne peut être saisi qu'après que le Service Réclamations ait été saisi de votre demande et y ait apporté une réponse. La saisine du médiateur n'est possible que dans la mesure où votre demande n'a pas été soumise à une juridiction.

Chapitre 4 – Informatique et libertés

Les informations à caractère personnel recueillies par l'assureur ou son délégataire AssurOne Group sont nécessaires et ont pour but d'effectuer des actes de souscription ou de gestion du présent contrat. Elles feront l'objet de traitements informatisés, pour les finalités et dans les conditions ci-dessous précisées.

Toutes les opérations et données personnelles sont protégées par la Loi Informatique et libertés n°78-17 du 6 janvier 1978.

Conformément à cette dernière, ces données pourront être communiquées en tant que de besoin et au regard des finalités mentionnées ci-dessous, aux entités du Groupe Generali en France, ainsi que si nécessaire à ses partenaires, intermédiaires et réassureurs, sous-traitants et prestataires, dans la limite nécessaire à l'exécution des tâches qui leur sont confiées. Il est précisé que certaines informations personnelles sont couvertes par le Secret professionnel en vertu de l'article 226-13 du Code pénal. Ces données ne pourront être communiquées que dans la limite nécessaire aux tâches confiées et sous condition du strict respect du secret professionnel.

Par ailleurs, en vue de satisfaire aux obligations légales et réglementaires, l'assureur ou son délégataire AssurOne Group peut être amené à communiquer des informations personnelles à des autorités administratives ou judiciaires sur demande ponctuelle écrite et motivée par les textes législatifs fondant le droit de communication.

L'assuré peut également, à tout moment, conformément à la loi informatique et libertés, en justifiant de son identité, accéder aux informations le concernant, les faire rectifier, supprimer, s'opposer à leur communication à des tiers ou à leur utilisation à des fins commerciales. Ces droits peuvent être exercés en écrivant à AssurOne Group - 2/4 Boulevard de la Gare - 95210 Saint Gratien.

Les informations personnelles y compris celles recueillies ultérieurement et non visées par l'article 226-13 du code pénal, pourront être utilisées par l'assureur pour des besoins :

- de connaissance client, de gestion de la relation client, de gestion des produits ou des services, d'évaluation de l'adéquation et du caractère approprié des services et des garanties fournis, de conseils dans le cadre de la vente de produits d'assurance, de gestion de la preuve, de recouvrement, d'animation commerciale, d'études statistiques, d'évaluation et gestion du risque, de sécurité et prévention des impayés et de la fraude, de respect des obligations légales et réglementaires, notamment en matière de gestion du risque opérationnel de la lutte contre le blanchiment, ou de la lutte contre le financement du terrorisme,
- de prospection sous réserve du respect préalable du droit d'opposition ou de l'obtention de l'accord de l'assuré à la prospection conformément aux exigences légales.

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 nécessaire à des fins de lutte contre le blanchiment des capitaux et financement du terrorisme.

Dans ce cadre, l'assuré peut exercer son droit d'accès auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés - 8, rue Vivienne - 75002 PARIS.

Chapitre 5 – Autorité de contrôle

L'autorité chargée du contrôle des entreprises d'assurances qui accordent les garanties prévues par le présent contrat est :

L'Autorité de Contrôle Prudential et de Résolution (ACPR)
61 rue Taitbout 75436 Paris Cedex 09

Chapitre 6 – Renonciation à la souscription

Conformément à l'article L 112-9 du Code des assurances, "toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, et qui signe dans ce cadre une proposition d'assurance ou un contrat à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée avec demande d'avis de réception pendant le délai de quatorze jours calendaires révolus à compter du jour de la conclusion du contrat, sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités."

Si les conditions précitées sont réunies - et sous réserve des autres dispositions de l'article L 112-9 du Code des assurances - l'assuré peut renoncer au présent contrat en envoyant le modèle de lettre joint ci-après, sous la forme recommandée avec demande

d'avis de réception. Cette faculté de renonciation est perdue si l'assuré a connaissance d'un sinistre survenu pendant le délai de quatorze jours précités.

Lettre de renonciation

Je soussigné _____, N° de contrat _____, désire bénéficier de la faculté de renoncer à ma demande de souscription effectuée en date du (date de la signature de la demande de souscription).

Fait à : (Indiquer le lieu)

Le : (Indiquez la date)

Signature

Chapitre 7 – Vente à distance : conclusion du contrat et droit de renonciation

Les dispositions ci-après s'appliquent aux contrats exclusivement conclus à distance au sens de l'article L 112-2-1 du Code des Assurances, c'est-à-dire, exclusivement conclus au moyen de « une ou plusieurs techniques de communication à distance jusqu'à, et y compris, la conclusion du contrat ».

Modalité de conclusion de contrat

L'assuré dispose d'un délai de quatorze jours calendaires révolus pour retourner l'ensemble des pièces du dossier de souscription signées ainsi que les pièces justificatives réclamées.

Ce délai commence à courir à compter de la date de conclusion du contrat (réputée être la date d'émission du certificat de souscription). À défaut de retour dans ce délai, le contrat sera anéanti rétroactivement sans qu'il soit nécessaire pour la Compagnie d'accomplir une quelconque démarche complémentaire.

Si l'assuré a demandé que le contrat commence à être exécuté avant l'expiration de ce délai de quatorze jours et qu'un sinistre survient pendant ce délai, il devra alors retourner l'ensemble des pièces signées ainsi que les justificatifs réclamés au plus tard lors de la déclaration de sinistre. À défaut de retour dans ce délai, le contrat sera anéanti rétroactivement sans qu'il soit nécessaire pour la Compagnie d'accomplir une quelconque démarche complémentaire. Le sinistre ne sera alors pas pris en charge.

Droit de renonciation

Conformément à l'article L 112-2-1 II du Code des assurances, l'assuré peut renoncer au présent contrat dans un délai de 14 jours calendaires révolus à compter de la date de conclusion du contrat.

Si l'assuré a demandé que le contrat commence à être exécuté avant l'expiration du délai de renonciation, la Compagnie sera alors en droit de conserver une fraction de la cotisation que l'assuré a réglée correspondant à la période pendant laquelle le risque a couru.

La demande de renonciation doit être adressée par lettre recommandée avec avis de réception à AssurOne Group – 2/4 Boulevard de la Gare – 95210 Saint Gratien, et peut être faite suivant le modèle de lettre inclus ci-dessous.

Lettre de renonciation

Je soussigné _____, N° de contrat _____, désire bénéficier de la faculté de renoncer à ma demande de souscription effectuée en date du (date de la signature de la demande de souscription), exclusivement à distance.

Fait à : (Indiquer le lieu)

Le : (Indiquez la date)

Signature

Contrat souscrit auprès de L'Equité - Société appartenant au Groupe Generali, immatriculé sur le registre italien des groupes d'assurances sous le numéro 026. – SA au capital de 22 469 320 € – Entreprise régie par le Code des assurances – RCS Paris B 572 084 697 – Siège Social : 7, boulevard Haussmann – 75442 Paris Cedex 09 par l'intermédiaire d'AssurOne Group - Société de courtage d'assurance de droit français - SA au Capital de 2 078 269,0872 € - RCS Paris B 478 193 386 - Intermédiaire immatriculé à l'ORIAS sous le n° 07 003 778 (www.orias.fr) et soumis au contrôle de l'ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution).