

SANTÉ



ASSU

2000

■ DISPOSITIONS GENERALES 100% SANTÉ ■

Votre contrat est régi par le Code des assurances, **à l'exception des prestations d'assistance.**

Le contrat est établi en langue française et soumis à la loi française.

Votre contrat se compose :

- Des présentes **Dispositions Générales (DG)** qui définissent les garanties proposées et leurs conditions d'application. Elles précisent les règles qui régissent l'existence et le fonctionnement du contrat, en particulier nos droits et obligations réciproques ;

- Des **Dispositions Particulières (DP)** qui sont établies à partir des déclarations que vous avez faites au moment de la souscription. Elles personnalisent l'assurance en l'adaptant à votre situation. Y sont définis, notamment, l'identité du souscripteur, les personnes assurées, la nature des garanties souscrites, les franchises éventuellement applicables, les clauses particulières qui régissent votre contrat, le coût de l'assurance.

Les Dispositions communes de votre contrat s'appliquent à toutes les garanties, sauf dispositions contraires prévues au contrat.

Les garanties d'assurance que vous avez souscrites sont couvertes par l'Assureur mentionné sur vos Dispositions Particulières.

Les prestations d'assistance que vous avez souscrites sont assurées par :

FRAGONARD ASSURANCES

SA au capital de 37 207 660 € - RCS 479 065 351

Siège social : 2 rue Fragonard - 75017 PARIS

Entreprise régie par le Code des assurances

et 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.orias.fr/>

Ci-après dénommée « l'Assisteur »

ASSU/DG/SANTE/0120

■■■

SOMMAIRE

■ TABLEAU DES GARANTIES.....	5	Aide auditive de classe II par oreille.....	13
■ LEXIQUE.....	7	Limite de garantie des aides auditives.....	13
■ VOTRE CONTRAT.....	10	Article 13 : Pack Confort	13
Article 1 : Objet de votre contrat	10	Enveloppe de prévention	13
Article 2 : Conditions	10	a) Enveloppe de prévention	13
Article 3 : Formalites d’adhesion.....	10	b) Médecine douce.....	13
Article 4 : Contrat responsable et solidaire.....	10	Médecine Douce	13
■ LE 100% SANTÉ.....	10	Article 14 : Les renforts.....	13
Article 5 : Optique	10	Limite de garantie des renforts	13
Article 6 : Dentaire	10	Article 15 : Évènements non garantis	13
Article 7 : Audiologie	10	■ LES REMBOURSEMENTS	14
■ LES GARANTIES	11	Article 16 : Modalités de remboursement	14
Article 8 : Soins Courants (Hors optique et dentaire)	11	Article 17 : Service Tiers payant	14
Radiologie	11	Article 18 : Exemples de remboursements.....	15
Analyse et examens de laboratoire	11	■ LA VIE DE VOTRE CONTRAT	16
Honoraires médicaux.....	11	Article 19 : Prise d’effet et durée de votre contrat	16
Honoraires paramédicaux	11	Article 20 : Délais d’attente	16
Matériel médical.....	11	Article 21 : Avenants	16
Médicaments.....	11	Changement des garanties.....	16
Article 9 : Hospitalisation.....	11	Changement de domicile	16
Honoraires médicaux et chirurgicaux des médecins	11	Changement de régime obligatoire	16
Frais de séjour	11	Ajout ou suppression de bénéficiaires	16
Forfait journalier.....	11	Article 22 : Renonciation.....	16
Chambre particulière.....	11	Article 23 : Résiliation du contrat.....	17
Frais d’accompagnant.....	11	Article 24 : Vos obligations	17
Forfait naissance.....	11	a) Droit d’opposition des consommateurs au	18
Article 10 : Optique	11	démarchage téléphonique.....	18
Équipements optique de classe A – 100% Santé.....	11	Article 25 : Protection de vos données personnelles	18
Équipements optique de classe B.....	12	18
Limite de garantie des équipements optique	12	Article 26 : Votre cotisation	20
Prestation d’adaptation.....	12	a) La fixation des cotisations	20
Lentilles.....	12	b) L’évolution annuelle de la cotisation.....	20
Chirurgie réfractive.....	12	c) La révision des cotisations.....	20
Article 11 : Dentaire	12	Article 27 : L’arbitrage	20
Soins et prothèses 100% Santé.....	12	Article 28 : Subrogation	20
Soins et prothèses	13	Article 29 : La prescription	20
Orthodontie	13	Article 30 : Les réclamations	21
a) Orthodontie remboursée par la Sécurité Sociale	13	Article 31 : L’Autorité de contrôle	21
b) Orthodontie non remboursée par la Sécurité Sociale	13	Article 32 : Lutte contre le blanchiment.....	21
Plafond de remboursement annuel	13	Article 33 : droit d’opposition des consommateurs	21
Article 12 : Aides Auditives	13	au démarchage téléphonique	21
Aide auditive de classe I par oreille – équipements 100% Santé.....	13		

■ **CONVENTION D'ASSISTANCE 22**

Article 1 : Objet de la convention 22

Article 2 : définitions spécifiques à l'assistance 22

Article 3 : Les garanties d'assistance à domicile 23

Recherche d'une place en milieu hospitalier.....23

Livraison de médicaments à Domicile23

Assistance en cas d'hospitalisation d'un ou des deux parents :.....23

a) Garde à Domicile des enfants23

Assistance en cas d'immobilisation au domicile d'un enfant bénéficiaire de moins de 16 ans :23

a) Garde des enfants malades ou convalescents..23

b) Soutien pédagogique / Ecole à domicile.....23

Assistance en cas d'hospitalisation, d'immobilisation au domicile, de séjour en maternité ou en cas de décès : .23

a) Présence d'un proche23

b) Aide-ménagère à Domicile.....24

c) Garde des animaux de compagnie (chiens, chats à l'exclusion de tous autres animaux)24

d) Garde malade à domicile24

Assistance en cas d'affection de longue durée (Tri thérapie, Quadri thérapie, Chimiothérapie (uniquement réalisée en milieu hospitalier) et Radiothérapie) :24

a) Aide-ménagère élargie.....24

Article 4 : Les garanties d'assistance information ET conseil 24

a) Information Santé Plus24

b) Informations et conseils « obsèques »25

c) Transmission des messages urgents25

Article 5 : Conditions restrictives d'application..... 26

a) Limitation de responsabilité26

b) Circonstances exceptionnelles.....26

Article 6 : Conditions générales d'application 26

a) Accord préalable26

b) Déchéance des garanties26

Article 7 : Cadre juridique 26

a) Loi informatique et libertés26

b) Modalités d'examen des réclamations27

c) Autorité de contrôle27

■ TABLEAU DES GARANTIES

Soins courants

	Formule 1	Formule 2	Formule 3
Radiologie	Base de remboursement	Base de remboursement	Base de remboursement
OPTAM	125% BRSS	150% BRSS	200% BRSS
Hors OPTAM	100% BRSS	125% BRSS	150% BRSS
Analyse et examens de laboratoire	Base de remboursement	Base de remboursement	Base de remboursement
	100% BRSS	125% BRSS	150% BRSS
Honoraires médicaux	Base de remboursement	Base de remboursement	Base de remboursement
OPTAM	125% BRSS	150% BRSS	200% BRSS
Hors OPTAM	100% BRSS	125% BRSS	150% BRSS
Honoraires paramédicaux	Base de remboursement	Base de remboursement	Base de remboursement
OPTAM	125% BRSS	150% BRSS	200% BRSS
Hors OPTAM	100% BRSS	125% BRSS	150% BRSS
Matériel médical	Base de remboursement	Base de remboursement	Base de remboursement
	100% BRSS	125% BRSS	150% BRSS
Médicaments	Base de remboursement	Base de remboursement	Base de remboursement
	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS

Hospitalisation

	Formule 1	Formule 2	Formule 3
Honoraires médicaux ou chirurgicaux des médecins	Base de remboursement	Base de remboursement	Base de remboursement
OPTAM	125% BRSS	150% BRSS	200% BRSS
Hors OPTAM	100% BRSS	125% BRSS	150% BRSS
Frais de séjour	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Forfait journalier hospitalier	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Chambre particulière (1)	€	€	€
Frais d'accompagnant	-	40€ / Jour	50€ / Jour
Forfait naissance (2)	-	20€/jour	25€/jour
		150 €	200 €

Optique (3) (4)

	Formule 1	Formule 2	Formule 3
Équipements optique de classe A - 100% santé	Prix limite de vente	Prix limite de vente	Prix limite de vente
	100% du PLV	100% du PLV	100% du PLV
Équipements optique de classe B - tarif modéré	€	€	€
Équipement classe B ou mixtes			
Équipement verres simples	100% BRSS	50 €	100 €
Équipement verres simples + verres complexes ou très complexes	100% BRSS	125 €	150 €
Équipement verres complexes et très complexes	100% BRSS	200 €	250 €
Prestation d'adaptation *	10 €	10 €	10 €
Lentilles	-	150 €	200 €
Chirurgie réfractive	-	400 €	600 €

Dentaire (5)

	Formule 1	Formule 2	Formule 3
Soins et prothèses 100% santé	Prix limite de vente	Prix limite de vente	Prix limite de vente
	100% du PLV	100% du PLV	100% du PLV
Soins	Base de remboursement	Base de remboursement	Base de remboursement
Soins dentaires	100% BRSS	150% BRSS	200% BRSS
Prothèses	Base de remboursement	Base de remboursement	Base de remboursement
Couronne	100% BRSS	150% BRSS	200% BRSS
Inlay-Core	100% BRSS	150% BRSS	200% BRSS
Bridges	100% BRSS	150% BRSS	200% BRSS

Orthodontie	Base de remboursement	Base de remboursement + €	Base de remboursement + €
Acceptée par la SS	100% BRSS	150% BRSS	200% BRSS
Refusée par la SS	Néant	Néant	150€ / Semestre
Aides auditives	Base de remboursement	Base de remboursement	Base de remboursement
Aide auditive - En 2020	100% BRSS	150% BRSS	200% BRSS
Plus de 20 ans	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS
Moins de 20 ans	Prix limite de vente	Prix limite de vente	Prix limite de vente
Aide auditive de classe I par oreille - Équipements 100% santé *	100% PLV	100% PLV	100% PLV
À partir du 1er janvier 2021	€	€	€
Aide auditive de classe II par oreille *	950 €	950 €	950 €
À partir du 1er janvier 2021			
Assistance	En option	Inclus	Inclus
Pack Confort			
Enveloppe de prévention	En option	En option	70 €
Médecine douce			30€/ séance - 4 actes par an
Les renforts			
Forfait Optique		250 €	
Forfait dentaire		400 €	
Forfait Auditif		500 €	

- (1) Les frais de chambre particulière ne sont pas pris en charge dans les établissements de moyens séjours
- (2) Versé si date d'effet de l'adhésion date d'au moins 9 mois et sous réserve que le l'enfant soit nommé au contrat dans les 2 mois de l'évènement.
- (3) Montant maximum par bénéficiaire et par année d'assurance, non reportable sur l'année suivante
- (4) Forfait équipement par personne et par période de 2 ans (sauf pour les mineurs de moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue pour les majeurs. Dans ce cas, la période est annuelle). Le forfait équipement verres complexes ou très complexes concerne tous les autres verres ainsi que tous les équipements mixtes comportant un verre simple et un verre complexe ou très complexe ou un verre complexe et un verre très complexe. Le forfait intègre la prise en charge des montures limitée à **100€** (y compris la BRSS).
- (5) Plafond dentaire de 1000€ pour la formule 3, au-delà 100% BRSS

* dont remboursement de la Sécurité Sociale

PLV : Prix limite de vente -

BRSS : Base de Remboursement de la Sécurité Sociale remboursement de la Sécurité Sociale, celles exprimées en euros s'ajoutent à l'éventuelle prise en charge par la Sécurité Sociale.

OPTAM : Les taux de remboursement sont majorés de la BRSS pour les honoraires et actes des médecins ayant souscrit, à l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM ou OPTAM-CO pour les chirurgiens et obstétriciens).

La participation forfaitaire de 24 euros sur les actes techniques pratiqués en ville ou établissement de santé supérieur à 120 euros (TMF) est remboursée intégralement.

■ LEXIQUE

Accident corporel : Toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'assuré / bénéficiaire et provenant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure. Par extension les intoxications alimentaires et les fausses-couches sont considérées comme un accident.

Adhésion ou souscription : votre adhésion ou votre contrat est conclue entre vous et l'assureur dès lors que vous aurez signé la demande d'adhésion ou souscription

Année d'assurance : Période comprise entre deux échéances principales consécutives.

Assuré /Bénéficiaire : On entend par Assuré ou Bénéficiaire, le Souscripteur du contrat d'assurance complémentaire santé et ses ayants droit désignés sur les Dispositions Particulières, c'est-à-dire le Souscripteur, son conjoint, concubin ou partenaire de PACS, les enfants du Souscripteur ou de son conjoint ou les tiers assurés fiscalement à charge du Souscripteur.

Automédication : Elle a été définie par le Conseil de l'Ordre des médecins comme étant « l'utilisation, hors prescription médicale, par des personnes pour elles-mêmes ou pour leurs proches et de leur propre initiative, de médicaments considérés comme tels et ayant reçu, l'autorisation de mise sur le marché, avec la possibilité d'assistance et de conseils de la part des pharmaciens. »

Base de Remboursement de la Sécurité Sociale (BRSS) : 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 de santé conventionné avec l'assurance maladie obligatoire. Il s'agit d'un tarif fixé par une convention signée entre l'assurance maladie obligatoire et les représentants de cette profession ;
- Tarif d'autorité (TA) lorsque les actes sont effectués par un professionnel de santé non conventionné avec l'assurance maladie obligatoire (ce qui est peu fréquent). Il s'agit d'un tarif forfaitaire qui sert de base de remboursement. Il est très inférieur au tarif de convention ;
- Tarif de responsabilité (TR) pour les médicaments, appareillages et autres biens médicaux.

Délai d'attente : Période pendant laquelle nous ne prenons pas en charge les soins pratiqués. Elle débute à partir de la date d'effet des garanties.

Dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM / OPTAM-Co) : Ces dispositifs prennent aujourd'hui la forme de deux options de pratiques tarifaires maîtrisées (OPTAM et OPTAM-Co) qui sont des options ouvertes à certains médecins par la convention avec l'Assurance Maladie Obligatoire pour les accompagner dans la limitation des pratiques excessives de dépassement d'honoraires. En adhérant à cette option, les professionnels de santé s'engagent à limiter leurs dépassements d'honoraires dans des conditions établies par la convention. L'option de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM) est ouverte à tous les médecins autorisés à facturer des dépassements d'honoraires (secteur 2) et à certains médecins de secteur 1 (les médecins de secteur 1

titulaires des titres requis pour accéder au secteur 2 et installés avant le 1^{er} janvier 2013). L'option de pratique tarifaire maîtrisée, en chirurgie et obstétrique (OPTAM-Co), est ouverte aux médecins de secteur 2 et à certains médecins de secteur 1 exerçant une spécialité chirurgicale ou de gynécologie obstétrique.

Ces options ont pour objectif d'améliorer la prise en charge des patients dans le cadre du parcours de soins coordonnés en soutenant une part substantielle d'activité à tarif opposable par l'amélioration du niveau de remboursement par l'Assurance Maladie Obligatoire et la limitation des dépassement d'honoraires. En outre, lorsqu'ils prennent en charge les dépassements d'honoraires, les contrats de complémentaire santé responsable doivent mieux rembourser les dépassements d'honoraires d'un médecin adhérent à l'OPTAM ou à l'OPTAM-Co que ceux d'un médecin non adhérent. En outre, un maximum de remboursement des dépassements d'honoraires est introduit pour les médecins non adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-Co. Pour savoir si un médecin a adhéré à l'OPTAM ou l'OPTAM-Co, il suffit de consulter le site <http://annuaire.sante.ameli.fr>

Échéance principale : L'échéance principale est la date définie dans les Dispositions Particulières à laquelle le contrat se renouvelle par tacite reconduction s'il n'a pas été résilié selon les conditions définies dans les présentes Dispositions Générales.

Forfait Journalier Hospitalier : Il s'agit d'une participation forfaitaire du patient aux frais d'hébergement et d'entretien entraînés par son hospitalisation.

Cette somme forfaitaire est due par le patient pour tout séjour hospitalier d'une durée supérieure à 24h dans un établissement de santé en France (à l'exception des centres/unités de soins de longue durée et des établissements d'hébergement pour personnes âgées).

Au 1er janvier 2018, son montant est de 20€ par jour pour un séjour hospitalier en médecine, chirurgie ou obstétrique. Il est de 15€ par jour pour un séjour en psychiatrie.

Ce forfait n'est pas remboursé par l'assurance maladie obligatoire, sauf cas d'exonération (personnes hospitalisées à la suite d'un accident du travail ou pour une maladie professionnelle, personnes soignées dans le cadre d'une hospitalisation à domicile, femmes au cours des derniers mois de leur grossesse, ...).

Le forfait journalier hospitalier est pris en charge intégralement et sans limitation de durée d'hospitalisation par votre contrat d'assurance complémentaire santé responsable.

Le forfait journalier facturé par les établissements médico-sociaux comme les maisons d'accueil spécialisées (MAS) ou les établissements d'hébergement pour personnes dépendantes (EHPAD) n'est pas pris en charge par votre contrat d'assurance complémentaire santé.

Frais d'accompagnant : Frais d'hébergement ou de repas engagés par l'accompagnant désigné par le Souscripteur du contrat d'assurance complémentaire

santé et liés à une hospitalisation en cours dont la prise en charge a été délivrée.

Cette prestation est délivrée, au maximum 20 jours par an et par bénéficiaire.

Frais de séjour : Frais facturés par un établissement de santé en France pour couvrir les coûts d'un séjour hospitalier d'une durée supérieure à 24h, c'est-à-dire l'ensemble des services mis à la disposition du patient : plateau technique, personnel soignant, médicaments, examens de laboratoire, produits sanguins, prothèses, hébergement, repas...

En fonction du statut de l'établissement, ces frais de séjour peuvent ne pas inclure les honoraires médicaux et paramédicaux, qui seront alors facturés à part.

Les frais de séjour sont pris en charge par l'assurance maladie obligatoire au taux de 80% (ou de 100% dans certains cas : actes coûteux notamment), le solde est remboursé par votre contrat d'assurance complémentaire santé.

Franchise Médicale : Somme déduite des remboursements effectués par l'assurance maladie obligatoire sur les médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires.

Son montant est de :

- 0,50 € par boîte de médicaments ;
- 0,50 € par acte paramédical ;
- 2 € par transport sanitaire.

La franchise est plafonnée à 50 € par an pour l'ensemble des actes et/ou prestations concernés. Un plafond journalier a également été mis en place pour les actes paramédicaux et les transports sanitaires fixé à : un maximum de 2 € par jour sur les actes paramédicaux et à un maximum de 4 € par jour pour les transports sanitaires.

Certaines personnes en sont exonérées : jeunes de moins de 18 ans, bénéficiaires de la CMU Complémentaire et de l'Aide Médicale de l'Etat, ...

Les franchises médicales ne sont pas prises en charge par votre contrat d'assurance complémentaire santé responsable.

Hospitalisation : Tout séjour (comprenant l'admission, le traitement médical et la sortie de l'établissement), soit de jour avec ou sans chirurgie ambulatoire, soit d'au moins 24 h dans un établissement de santé public ou privé (conventionné ou non) :

- dit de court séjour incluant les soins de courte durée ou le traitement des affections pendant leur phase aiguë en médecine, chirurgie, obstétrique, odontologie ou psychiatrie ;
- dit de moyen séjour incluant les soins nécessaires au rétablissement du bénéficiaire dans le cadre d'un traitement ou d'une surveillance médicale.

L'hospitalisation comprend aussi l'hospitalisation à domicile, en continuation d'un séjour hospitalier pris en charge par votre contrat d'assurance complémentaire santé, en accord avec l'assurance maladie obligatoire et sous contrôle médical.

Maladie : Toute altération de la santé constatée par une autorité médicale compétente. Sont également considérées comme maladies : les infarctus du myocarde, l'accident vasculaire cérébral, les ruptures d'anévrisme, les syncopes, les crises d'épilepsie sauf si elles sont la conséquence directe d'un accident.

Médecine douce : Au titre de votre contrat d'assurance complémentaire santé, la médecine douce s'entend comme une prestation d'ostéopathe, chiropracteur, acupuncteur ou de pédicure-podologue.

Parcours de soins coordonnés : Il consiste à confier à un médecin traitant les différentes interventions des professionnels de santé pour un même assuré, dans un objectif de rationalisation des soins. Son respect conditionne la prise en charge normale des dépenses de santé. A défaut, les patients s'exposent à des majorations financières qui ne sont pas prises en charge par votre contrat d'assurance complémentaire santé responsable.

Participation Forfaitaire d'un euro : Participation forfaitaire d'un 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 6ème mois de grossesse ;
- des bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) ou de l'Aide médicale de l'Etat (AME).

Le nombre de participations forfaitaires est plafonné à 4 par jour pour le même professionnel de santé et le même bénéficiaire, et à un montant de 50€ par année civile et par personne.

La participation forfaitaire d'un euro n'est pas remboursée par votre contrat d'assurance complémentaire santé responsable.

Régime Obligatoire (RO) : Régime français de Sécurité Sociale auquel est affilié l'Assuré.

Sécurité Sociale : Terme générique utilisé dans les présentes Dispositions Générales pour désigner le régime d'Assurance Maladie Obligatoire auprès duquel l'Assuré est affilié.

Télétransmission : La télétransmission est l'envoi informatisé des feuilles de soins et des décomptes de santé entre les partenaires de santé. Cela peut-être :

- la télétransmission du professionnel de santé (médecin, pharmacien, laboratoire, ...) vers l'organisme gestionnaire de votre régime obligatoire,
- la télétransmission entre l'organisme gestionnaire de votre régime obligatoire et l'organisme gestionnaire de votre complémentaire santé. Dans ce cas votre décompte de Sécurité Sociale intègre la mention « le double est transmis à votre organisme complémentaire ».

Ticket modérateur (TM) : C'est la différence entre la base de remboursement de la Sécurité Sociale 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).

Le montant du ticket modérateur varie selon les actes ou traitements, la nature du risque concerné (maladie, maternité, accident du travail...), ou selon que l'Assuré est atteint d'une affection de longue durée (ALD)...

Votre contrat d'assurance complémentaire santé responsable prend en charge, dans le parcours de soins coordonnés, l'intégralité du ticket modérateur.

Tiers payant : Système de paiement qui vous évite de faire l'avance de tout ou partie des frais de santé auprès des professionnels de santé.

Ces derniers sont payés directement par les assurances maladie obligatoires et/ou complémentaires pour les soins ou produits qu'ils vous ont délivrés selon les modalités définies sur l'attestation de tiers payant.

Vente à distance : Fourniture d'opération d'assurance, par un intermédiaire d'assurance, auprès d'une personne

physique, qui agit en dehors de toute activité commerciale ou professionnelle, par l'utilisation d'une ou plusieurs techniques de communication à distance (courrier, téléphone, internet).

Dans ce cadre, l'intermédiaire d'assurance utilise exclusivement des techniques de communication à distance pour la conclusion de votre contrat d'assurance complémentaire santé.

■ VOTRE CONTRAT

ARTICLE 1 : OBJET DE VOTRE CONTRAT

Le contrat d'assurance a pour objet de garantir aux assurés bénéficiaires, désignés sur les Dispositions Particulières, le remboursement total ou partiel de leurs dépenses de santé consécutives à une maladie, un accident ou une maternité en complément des prestations versées par les régimes obligatoires d'assurance maladie dans les limites et conditions décrites ci-après.

Sauf en cas de réticence, omission ou déclaration fautive ou inexacte faite de mauvaise foi, les assurés une fois admis ne peuvent être exclus de l'assurance contre leur gré et à la condition que la cotisation ait été encaissée.

ARTICLE 2 : CONDITIONS

Pour souscrire le contrat 100% Santé vous devez remplir les conditions suivantes :

- Résider en France métropolitaine
- Etre affilié à un régime d'assurance maladie obligatoire de Sécurité Sociale française
- Etre âgé au minimum de 18 ans

ARTICLE 3 : FORMALITES D'ADHESION

Vous devez nous fournir :

- Un RIB et le mandat de prélèvement SEPA complété et signé
- Une copie de votre attestation Vitale de sécurité sociale, ainsi que celle de vos ayants droits

ARTICLE 4 : CONTRAT RESPONSABLE ET SOLIDAIRE

Votre contrat complémentaire santé est « **responsable et solidaire** » conformément à la réglementation en vigueur et permet de bénéficier d'avantages fiscaux et sociaux.

Un contrat d'assurance complémentaire santé est dit « **solidaire** » lorsque les cotisations ne sont pas fixées en fonction de l'état de santé des individus couverts, et pour la souscription individuelle, ne recueille aucune information médicale.

Suite au décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 un contrat d'assurance complémentaire santé est dit « **responsable** » s'il respecte le panier minimum des garanties 100% Santé, ainsi que les plafonds de garanties applicables à certains postes de soins. Il doit couvrir obligatoirement :

- l'intégralité du ticket modérateur sur l'ensemble des dépenses de santé (sauf pour les cures thermales et les médicaments dont le service médical rendu a été classé faible ou modéré, et l'homéopathie) ;
- l'intégralité du forfait journalier hospitalier sans limitation de durée ;
- La prestation d'adaptation de l'ordonnance médicale des verres correcteurs
- La prise en charge progressive des dépenses pour les équipements du panier de soins 100% Santé

D'autre part, il fixe des plafonds de prise en charge pour certaines dépenses de soins, ainsi :

- La prise en charge des dépenses d'optique est encadrée par des planchers et plafonds différents en fonction du niveau de correction. Elle est par ailleurs limitée à un équipement tous les deux ans,

sauf pour les mineurs de moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue pour les majeurs où un équipement peut être remboursé tous les ans.

- A partir du 1^{er} janvier 2021, la prise en charge des dépenses des aides auditives est encadrée par un plafond de 1700 euros par aide auditive. Elle est par ailleurs limitée à un équipement tous les quatre ans.
- Vos garanties et vos niveaux de remboursement suivront automatiquement les évolutions législatives et réglementaires relatives au dispositif du contrat responsable qui pourraient intervenir ultérieurement.

■ LE 100% SANTÉ

Le 100% Santé permet de favoriser l'accès sans reste à charge aux équipements d'optique, soins et prothèses dentaires et aides auditives, avec le remboursement par la Sécurité Sociale et le contrat d'assurance complémentaire santé.

L'équipement choisi doit appartenir à la catégorie 100% Santé.

Pour ces soins, définis réglementairement, dans le cadre du 100% Santé, les opticiens, audioprothésistes et chirurgiens-dentistes fixent leur prix dans la limite de plafonds prédéfinis (Prix limite de vente) et s'engagent à respecter les conditions de l'offre « 100% santé ».

ARTICLE 5 : OPTIQUE

Date de mise en application : 1^{er} janvier 2020

Vous avez le choix entre :

- 17 modèles de montures pour les adultes
- 10 modèles de montures pour les enfants
- 2 coloris par monture
- Des verres amincis, anti-reflet et anti-rayures pour toutes les corrections

ARTICLE 6 : DENTAIRE

Date de mise en application :

1^{er} janvier 2020 :

- Couronnes céramiques monolithiques (autre que zircons) et céramo-métalliques sur les dents visibles (Incisives, canines et 1^{ère} prémolaire) ;
- Couronnes céramiques monolithiques zircons (incisives, canines et prémolaires) ;
- Couronnes métalliques toute localisation ;
- Inlay-core et couronnes transitoires liées aux couronnes définitives du panier 100 % Santé ;
- bridges céramo-métalliques (incisives) ;
- bridges métalliques toute localisation ;

1^{er} janvier 2021 :

- Les prothèses amovibles à base résine

ARTICLE 7 : AUDIOLOGIE

Date de mise en application : 1^{er} janvier 2021

Tous les types d'appareils sont concernés :

- contour d'oreille classique, contour d'écouteur déporté, intra-auriculaire.
- 12 canaux de réglage
- Au moins 3 options

■ LES GARANTIES

Vous ne bénéficiez que des garanties que vous avez souscrites. Ces garanties sont indiquées dans vos Dispositions Particulières.

ARTICLE 8 : SOINS COURANTS (HORS OPTIQUE ET DENTAIRE)

RADIOLOGIE

Sont pris en charge les actes de radiologie dès lors qu'ils ont fait l'objet d'un remboursement par la Sécurité Sociale.

Les remboursements sont exprimés en pourcentage de la Base de Remboursement de la Sécurité Sociale (BRSS).

ANALYSE ET EXAMENS DE LABORATOIRE

Sont pris en charge les frais qui se rapportent à vos analyses et examens de biologie médicale dans les laboratoires d'analyses médicales dès lors qu'ils ont fait l'objet d'un remboursement par la Sécurité Sociale.

Les remboursements sont exprimés en pourcentage de la Base de Remboursement de la Sécurité Sociale (BRSS).

HONORAIRES MEDICAUX

Sont pris en charge les honoraires des professionnels de santé pour les actes et prestations réalisées.

Les professions médicales sont les professions de médecin, de chirurgien-dentiste et de sage-femme.

Les remboursements sont exprimés en pourcentage de la Base de Remboursement de la Sécurité Sociale. Conformément aux dispositions relatives aux contrats responsables, le taux de remboursement est différencié si le médecin a adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM et OPTAM-co).

HONORAIRES PARAMEDICAUX

Sont pris en charge les honoraires des auxiliaires médicaux de santé pour les actes et prestations réalisées.

Les auxiliaires médicaux sont les infirmiers, masseur-kinésithérapeutes, pédicures-podologues, ergothérapeutes, psychomotriciens, orthophonistes, orthoptistes, manipulateurs d'électroradiologie médicales, techniciens de laboratoire médical, audioprothésistes, opticiens-lunetiers, prothésistes et orthésistes pour l'appareillage des personnes handicapées, diététiciennes.

Les remboursements sont exprimés en pourcentage de la Base de Remboursement de la Sécurité Sociale (BRSS).

MATERIEL MEDICAL

Sont pris en charge les appareillages (hors optique, dentaire, et aides auditives), biens médicaux figurant dans la liste des produits et prestations (LPP) remboursables et qui font l'objet d'une prise en charge de la Sécurité Sociale.

Il s'agit notamment de matériels d'aide à la vie ou nécessaires à certains traitements : pansements, orthèses, attelles, prothèses externes, béquilles, semelles orthopédiques, prothèses auditives, fauteuils roulants...

Les remboursements sont exprimés en pourcentage de la Base de Remboursement de la Sécurité Sociale (BRSS).

MEDICAMENTS

Sont pris en charge les frais de médicaments prescrits, remboursés par la Sécurité Sociale, restant à votre charge. Les remboursements sont exprimés en pourcentage de la Base de Remboursement de la Sécurité Sociale.

ARTICLE 9 : HOSPITALISATION

HONORAIRES MEDICAUX ET CHIRURGICAUX DES MEDECINS

Les honoraires des praticiens et auxiliaires médicaux afférents aux soins sont pris en charge en cas d'hospitalisation dans un établissement public ou privé pour un court ou moyen séjour.

Le remboursement est exprimé en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité Sociale. Conformément aux dispositions relatives aux contrats responsables, le taux de remboursement est différencié si le médecin a adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM et OPTAM-co).

FRAIS DE SEJOUR

Participation financière des frais de séjour aux frais réels.

FORFAIT JOURNALIER

Participation financière aux frais d'hébergement et d'entretien entraînés par l'hospitalisation, due pour chaque journée d'hospitalisation, y compris le jour de la sortie. Remboursement des frais réels.

CHAMBRE PARTICULIERE

Les frais de chambre particulière en fonction de la formule souscrite.

Les remboursements sont exprimés en euros et par jour.

Les frais de chambre particulière ne sont pas pris en charge dans les établissements de moyen séjour.

FRAIS D'ACCOMPAGNANT

Les frais de chambre d'accompagnant en fonction de la formule souscrite.

Les remboursements sont exprimés en euros et par jour.

FORFAIT NAISSANCE

Ce forfait est versé si la date d'effet de votre contrat d'assurance complémentaire santé date d'au moins 9 mois et sous réserve que l'enfant soit assuré sur ce contrat dans les deux mois qui suivent sa naissance ou son adoption plénière.

Le forfait est doublé en cas de naissance ou d'adoption plénière multiple.

ARTICLE 10 : OPTIQUE

La réglementation « 100% santé » définit 2 classes en optique :

- Une classe A plafonnée par des prix limites de vente (PLV) qui s'imposent aux opticiens pour ces équipements
- Une classe B à tarifs libres

ÉQUIPEMENTS OPTIQUE DE CLASSE A – 100% SANTE

Votre contrat d'assurance complémentaire santé prend en charge l'intégralité des dépenses des équipements relevant du panier 100% santé dans la limite des prix limite de vente

Les équipements de classe A sans reste à charge, donc entièrement remboursés par la Sécurité Sociale et la complémentaire santé, comprennent :

- Une monture respectant les normes européennes, avec un prix inférieur ou égal à 30€ ;
- Des verres adaptés à l'ensemble des troubles visuels et faisant obligatoirement l'objet d'un amincissement en fonction du trouble, d'un traitement anti-rayures et anti-reflets ;
- Une prestation d'appariage pour des verres d'indices de réfraction différents et un supplément applicable pour les verres avec filtre.

ÉQUIPEMENTS OPTIQUE DE CLASSE B

Votre contrat d'assurance complémentaire santé prend en charge un équipement (verres + monture) et intègre la prise en charge de la monture dans la limite de 100€ (y compris la BRSS). La prise en charge au titre de votre contrat complémentaire santé est limitée conformément au Cahier des charges des contrats responsables.

Les remboursements sont exprimés en euro, montant maximum par bénéficiaire.

Ces forfaits ne sont pas reportables sur la période suivante.

Les remboursements en optique sont en fonction du défaut de vision. Ceux-ci sont classés de la façon suivante :

Verre de "correction simple" :

- par équipement à verres unifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre - 6,00 et + 6,00 dioptries;
- par équipement à verre unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre - 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries;
- par équipement à verre unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries;

Verre de "correction complexe" :

- par équipement à verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de - 6,00 à + 6,00 dioptries;
- par équipement à verre unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre - 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries;
- par équipement à verre unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à - 6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie;
- par équipement à verre unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 dioptries;
- par équipement à verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre - 4,00 et + 4,00 dioptries;
- par équipement à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre - 8,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries;
- par équipement à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries;

Verre de "correction très complexe" :

- par équipement à verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de - 4,00 à + 4,00 dioptries;
- par équipement à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est

comprise entre - 8,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries;

- par équipement à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à - 8,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie;
- par équipement à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme est supérieure à 8,00 dioptries.

En cas d'équipement mixte :

- Si les 2 verres sont en classe A et la monture en classe B : les verres sont pris en charge intégralement dans la limite des PLV, la monture est prise en charge à hauteur de la différence entre le forfait prévu au barème et le montant remboursé au titre des verres avec au minimum le TM (0,02 € au 1er janvier 2020) et dans la limite de 100 €.
- Si les 2 verres sont en classe B et la monture en classe A : la monture est prise en charge intégralement dans la limite du PLV (30 € maximum au 1er janvier 2020), les verres sont pris en charge à hauteur de la différence entre le forfait prévu au barème et le montant remboursé au titre de la monture.
- Si tout l'équipement est en classe B, le forfait prévu au barème s'applique, avec une limite de 100 € pour la monture.

Limite de garantie des équipements optique

Le nombre d'équipements est limité à un équipement (monture + verres) par période de deux ans entre chaque consommation ou période d'un an pour les mineurs de moins de 16 ans et les majeurs en cas d'évolution de la vue.

PRESTATION D'ADAPTATION

Remboursement de la prescription médicale de verre correcteur prescrit par un opticien. Le remboursement est exprimé en euro.

LENTILLES

Le forfait est exprimé en euro, montant maximum par année d'assurance et par bénéficiaire, non reportable l'année suivante.

CHIRURGIE REFRACTIVE

Sont prises en charge les opérations de correction de la myopie, de l'hypermétropie et de l'astigmatisme, hors cataracte et presbytie.

Le forfait est exprimé en euro, montant maximum par année d'assurance et par bénéficiaire, non reportable l'année suivante.

ARTICLE 11 : DENTAIRE

La réglementation « 100% santé » est mise en application progressivement en 2020 et 2021 sur le poste dentaire. Elle définit 3 paniers :

- Panier 100% santé
- Panier à tarifs limités
- Panier à tarifs libres

SOINS ET PROTHESES 100% SANTE

Votre contrat d'assurance complémentaire santé prend en charge l'intégralité des dépenses en soins et prothèses relevant du panier 100% santé tels que définis réglementairement.

Le remboursement est exprimé en Prix Limite de Vente.

SOINS ET PROTHESES

Remboursement du panier à tarifs limités et du panier à tarifs libres, en fonction de la formule souscrite.
Les remboursements sont exprimés en euros par acte, par année d'assurance et par bénéficiaire.

ORTHODONTIE

a) Orthodontie remboursée par la Sécurité Sociale

Sont pris en charge les frais d'orthodontie qui ont fait l'objet d'un remboursement de la Sécurité Sociale.

Les remboursements sont exprimés en pourcentage de la Base de Remboursement de la Sécurité Sociale (BRSS).

b) Orthodontie non remboursée par la Sécurité Sociale

En fonction de la formule choisie, votre contrat peut prendre en charge une partie des frais d'orthodontie qui n'ont pas fait l'objet d'une prise en charge par la Sécurité Sociale.

Les remboursements sont exprimés en pourcentage de la Base de Remboursement de la Sécurité Sociale (BRSS).

Plafond de remboursement annuel

Le remboursement du panier à tarifs limités et du panier à tarifs libres est plafonné en fonction de la formule choisie.

Au-delà du plafond, les prothèses dentaires sont remboursées à 100% de la BRSS.

ARTICLE 12 : AIDES AUDITIVES

En 2020 les remboursements des aides auditives sont exprimés en pourcentage de la Base de remboursement de la Sécurité Sociale (BRSS).

A compter du 1^{er} janvier 2021, les aides auditives sont classées en 2 catégories, les équipements de classe I et les équipements de classe II

AIDE AUDITIVE DE CLASSE I PAR OREILLE – EQUIPEMENTS 100% SANTE

En 2021 votre contrat d'assurance complémentaire santé prend en charge l'intégralité des dépenses des équipements relevant du panier 100% santé tels que définis réglementairement.

Le remboursement est exprimé en Prix Limite de Vente.

AIDE AUDITIVE DE CLASSE II PAR OREILLE

Le remboursement des aides auditives de classe II est exprimé en pourcentage de la Base de Remboursement de la Sécurité Sociale, les montants sont différents en fonction de l'âge du bénéficiaire (> à 20 ans ou ≤ à 20 ans)

Limite de garantie des aides auditives

A compter du 1^{er} janvier 2021 le nombre d'équipement est limité à 1 équipement par oreille tous les 4 ans, avec un plafond de 1700 euros.

ARTICLE 13 : PACK CONFORT

ENVELOPPE DE PREVENTION

a) Enveloppe de prévention

Avec l'enveloppe prévention, sont pris en charge les frais de médicaments et vaccins médicalement prescrits et non

pris en charge par la Sécurité Sociale. De plus, une partie de cette enveloppe est dédiée à l'automédication.

Les remboursements sont exprimés en euros, par année d'assurance et par bénéficiaire.

b) Médecine douce

- l'Union Européenne de Chiropraticiens, et être membres de l'Association Française de Chiropratique (AFC) ;
- les acupuncteurs doivent être médecins inscrits au Conseil de l'Ordre des Médecins.

Les remboursements sont exprimés en euros par acte, par année d'assurance et par bénéficiaire.

MEDECINE DOUCE

Sont pris en charge les prestations des ostéopathes, des chiropracteurs, des acupuncteurs et des pédicures-podologues. Ces professionnels devront remplir les conditions suivantes :

- les ostéopathes doivent être titulaires du titre d'ostéopathie dans le respect des lois et décrets qui régissent cette profession ;
- les chiropracteurs doivent être titulaires d'un diplôme délivré par une école en France dont la formation est conforme aux exigences de l'Union Européenne de Chiropraticiens ou par un institut en France agréé par l'Union Européenne de Chiropraticiens, et être membres de l'Association Française de Chiropratique (AFC) ;
- les acupuncteurs doivent être médecins inscrits au Conseil de l'Ordre des Médecins.

Les remboursements sont exprimés en euros par acte, par année d'assurance et par bénéficiaire.

ARTICLE 14 : LES RENFORTS

La souscription des renforts permet de percevoir des remboursements complémentaires pour les équipements :

- optique
- aides auditives
- dentaire

Les remboursements sont exprimés en euros, par année d'assurance et par bénéficiaire.

Limite de garantie des renforts

L'orthodontie est exclue du renfort dentaire. Les plafonds incluent les remboursements complémentaires des renforts.

ARTICLE 15 : ÉVENEMENTS NON GARANTIS

- les actes non reconnus par les régimes obligatoires d'assurance maladie et maternité sauf actes prévus dans le tableau des garanties ;
- les actes ou soins ayant une date de soins ou d'achat antérieurs à la prise d'effet du contrat ;
- les actes ou soins ayant une date de soins ou d'achat postérieurs à la résiliation du contrat sauf celles pour lesquelles les droits étaient antérieurement réunis ;
- les actes ou soins ayant débuté pendant la période de délais d'attente ;
- les demandes de remboursement présentées au-delà de 2 ans suivant la date des soins ;
- les soins engagés à l'étranger sans prise en charge du régime obligatoire ;
- les traitements médicaux ou chirurgicaux à caractère esthétique non consécutifs à un accident garanti ;
- les dépenses de soins relatives aux séjours effectués ;

- dans les unités/centres de long séjour (article 174-6 du Code de la Sécurité Sociale) ;
- dans les établissements ou les services comportant un hébergement pour les personnes n'ayant pas leur autonomie de vue et dont l'état nécessite une surveillance médicale constante et des traitements d'entretien (article L.312-16 du Code de l'action sociale et des familles) ;
- les lunettes et lentilles autres que correctrices
- la participation forfaitaire et les franchises médicales prévues aux paragraphes II et III de l'article L.322-2 du Code de la Sécurité sociale;
- les pénalités consécutives au hors parcours de soins :
 - soit la majoration du ticket modérateur à la charge des bénéficiaires en cas d'absence de désignation d'un médecin traitant ou les dépassements d'honoraires résultant du non-respect du parcours de soins ;
 - les actes et prestations pour lesquels le bénéficiaire n'aurait pas accordé l'autorisation au professionnel de santé de consulter son dossier médical personnel et de le renseigner.

■ LES REMBOURSEMENTS

ARTICLE 16 : MODALITES DE REMBOURSEMENT

Pour chaque garantie, le montant de vos remboursements est défini en fonction de votre formule et des options que vous avez choisies et de la nature de vos dépenses médicales.

Les remboursements sont toujours effectués déduction faite du remboursement de la Sécurité Sociale ou de tout autre organisme d'assurance complémentaire santé auprès duquel vous pourriez être assuré et dans la limite de vos garanties.

Dans tous les cas, vos remboursements sont limités au montant de votre dépense réelle.

Pour obtenir le remboursement de vos frais de soins sans tiers payant, dès lors que le professionnel de santé ne pratique pas celui-ci sur la totalité de la part complémentaire, vous devez nous faire parvenir l'original du décompte de votre régime obligatoire, au plus tard dans les deux ans qui suivent les soins. Si vous bénéficiez de la télétransmission, votre régime obligatoire le fait pour vous et nous transmet automatiquement les informations nécessaires.

Pour les garanties qui ne font pas l'objet d'un remboursement par votre régime obligatoire vous devez adresser au gestionnaire de votre contrat d'assurance complémentaire santé, indiqué sur vos Dispositions Particulières, les factures détaillées au nom du bénéficiaire assuré et parfois certaines pièces justificatives complémentaires indiquées ci-dessous :

- pour les médicaments prescrits non remboursés vous devez joindre à la facture la prescription médicale ;
- pour les frais dentaires non remboursés vous devez joindre à la facture le détail des dépenses ou travaux devisés ainsi que la prescription médicale ;
- pour la chirurgie réfractive vous devez joindre à la facture la prescription médicale ;
- pour le forfait naissance, vous devez joindre un extrait d'acte de naissance ou une copie du livret de famille ;
- pour le forfait adoption plénière, vous devez joindre le jugement d'adoption plénière.

Confidentialité médicale

Les Informations médicales recueillies directement ou indirectement (notamment feuilles de soins, demandes de prises en charge établies par les établissements hospitaliers publics ou privés, flux informatiques télétransmis par les professionnels de santé que vous consultez, courriers et ou certificats médicaux que vous nous adressez) font l'objet d'un traitement manuel et/ou informatique destiné à la gestion de votre dossier par le Service Médical de l'Assureur ou celui de son délégataire de gestion.

De même, les informations soumises au respect du secret professionnel (notamment les décomptes établis par votre régime obligatoire ou flux informatiques télétransmis par ce même régime, les demandes de prises en charge établies par les établissements hospitaliers publics ou privés), font l'objet d'un traitement manuel et/ou informatique destinés à la gestion de votre dossier par nos Services Administratifs.

La signature de votre contrat d'assurance complémentaire santé vaut acceptation de votre part pour la transmission :

- au Service Médical de l'Assureur ou à celui de son délégataire de gestion, dans le respect du secret médical, de l'ensemble des données soumises au respect du secret médical qui seront nécessaires au traitement de votre dossier ;
- à nos services administratifs, dans le respect du secret professionnel, de l'ensemble des données comportant des renseignements soumis au respect du secret professionnel (y compris ceux qui nous parviendraient directement par les organismes gérant votre Régime Obligatoire, ainsi que par les organismes de soins ou professionnels de santé), qui seront nécessaires au traitement de votre dossier.

ARTICLE 17 : SERVICE TIERS PAYANT

Ce service vous dispense de régler, directement à un professionnel de santé qui l'utilise, tout ou partie de vos frais de santé. Le professionnel de santé est dans ce cas payé directement par votre assurance maladie obligatoire et/ou votre d'assurance complémentaire santé pour les soins ou produits qu'il vous a délivrés.

Votre contrat d'assurance complémentaire santé responsable vous permet de bénéficier du mécanisme de tiers payant selon les modalités précisées sur votre attestation de tiers payant, au titre des prestations définies sur celle-ci.

Cette attestation de tiers payant vous est envoyée par ASSU 2000 en sa qualité de délégataire de gestion de votre assureur complémentaire santé.

Grâce à votre attestation de tiers payant qui mentionne tous les domaines de santé auxquels vous avez accès (médecine, pharmacie, radiologie, laboratoire, hospitalisation, optique, dentaire...), vous n'avancez pas la part complémentaire de vos frais de soins, lorsque le professionnel de santé accepte de pratiquer le tiers payant. L'attestation de tiers payant est périodiquement renouvelée sous réserve du paiement de vos cotisations d'assurances dues au titre de votre adhésion au contrat complémentaire santé. Son utilisation n'est acquise, sous peine de poursuites, que si l'Adhérent est à jour de ses cotisations d'assurances au jour de son utilisation.

ARTICLE 18 : EXEMPLES DE REMBOURSEMENTS

	Prix moyen pratiqué	Régime obligatoire	Formule 1			Formule 2			Formule 3		
			Contrat assurance	Reste à charge	Reste à charge avec le renfort	Contrat assurance	Reste à charge	Reste à charge avec le renfort	Contrat assurance	Reste à charge	Reste à charge avec le renfort
Hospitalisation											
Forfait journalier court séjour	20,00 €	0,00 €	20,00 €	0,00 €	0,00 €	20,00 €	0,00 €	0,00 €	20,00 €	0,00 €	0,00 €
Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires maîtrisés (adhérent à un DPTAM: OPTAM ou OPTAM-CO) pour une opération chirurgicale de la cataracte	355,00 €	271,70 €	67,92	15,38 €	15,38 €	83,30 €	0,00 €	0,00 €	83,30 €	0,00 €	0,00 €
Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent à un DPTAM: OPTAM ou OPTAM-CO) pour une opération chirurgicale de la cataracte	431,00 €	271,70 €	0	159,30 €	159,30 €	67,92 €	91,38 €	91,38 €	135,85 €	23,45 €	23,45 €
Optique											
Equipement optique de la classe A (Monture + verres) de verres unifocaux (équipement 100% Santé)	125,00 €	20,70 €	104,30 €	0,00 €	0,00 €	104,30 €	0,00 €	0,00 €	104,30 €	0,00 €	0,00 €
Equipement optique de la classe B (Monture + verres) de verres unifocaux	345,00 €	0,09 €	0,06	344,85 €	94,85 €	50,06 €	294,85 €	44,85 €	100,06 €	244,85 €	0,00 €
Dentaire											
Détartrage	28,92 €	20,24 €	8,68 €	0,00 €	0,00 €	8,68 €	0,00 €	0,00 €	8,68 €	0,00 €	0,00 €
Couronne céramo métallique sur incisives, canines, et premières prémolaires (prothèse 100% santé)	500,00 €	75,25 €	424,75 €	0,00 €	0,00 €	424,75 €	0,00 €	0,00 €	424,75 €	0,00 €	0,00 €
Couronne céramo métallique sur deuxièmes prémolaires	538,70 €	75,25 €	32,25 €	431,20 €	131,20 €	86,00 €	377,45 €	0,00 €	139,75 €	323,70 €	0,00 €
Couronne céramo métallique sur molaires	538,70 €	75,25 €	32,25 €	431,20 €	131,20 €	86,00 €	377,45 €	0,00 €	139,75 €	323,70 €	0,00 €
Aides auditives											
Aide auditive de classe I par oreille (équipement 100% santé) **	1 100,00 €	210,00 €	140,00 €	750,00 €	250,00 €	315,00 €	575,00 €	75,00 €	490,00 €	400,00 €	0,00 €
Aide auditive de classe II par oreille	1 476,00 €	210,00 €	140,00 €	1 126,00 €	626,00 €	315,00 €	951,00 €	451,00 €	490,00 €	776,00 €	276,00 €
Soins courants											
Consultation d'un médecin traitant généraliste sans dépassement d'honoraires	25,00 €	16,50 €	7,50 €	1,00 €	1,00 €	7,50 €	1,00 €	1,00 €	7,50 €	1,00 €	1,00 €
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie sans dépassement d'honoraires	30,00 €	20,00 €	9,00 €	1,00 €	1,00 €	9,00 €	1,00 €	1,00 €	9,00 €	1,00 €	1,00 €
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie avec dépassement d'honoraires maîtrisés (adhérent à un DPTAM : L'OPTAM ou l'OPTAM-CO)	44,00 €	20,00 €	16,50 €	7,50 €	7,50 €	23,00 €	1,00 €	1,00 €	23,00 €	1,00 €	1,00 €
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent à un DPTAM : L'OPTAM ou l'OPTAM-CO)	56,00 €	15,10 €	6,90 €	34,00 €	34,00 €	12,65 €	28,25 €	28,25 €	18,40 €	22,50 €	22,50 €

■ LA VIE DE VOTRE CONTRAT

ARTICLE 19 : PRISE D'EFFET ET DUREE DE VOTRE CONTRAT

Votre contrat d'assurance complémentaire santé prend effet à la date indiquée dans vos Dispositions Particulières.

Votre contrat est conclu pour une durée d'un an, allant de sa date d'effet au dernier jour du mois précédant la date de son échéance principale indiquée dans vos Dispositions Particulières.

Il est ensuite reconduit automatiquement d'année en année à compter de la date de l'échéance principale mentionnée aux Dispositions Particulières.

Les garanties sont accordées à partir des éléments que le Souscripteur a déclarés de bonne foi et figurant sur ses Dispositions Particulières.

Il n'existe pas de souscription à effet rétroactif sauf pour l'enfant nouveau-né ou adopté, inscrit à votre contrat dans les 2 mois de sa naissance ou de son adoption plénière.

ARTICLE 20 : DELAIS D'ATTENTE

La prise en charge de l'ensemble des frais liés à une hospitalisation (frais de séjour, honoraires, forfait journalier hospitalier, lit d'accompagnant, transport) qui ne fait pas suite à un accident est limitée au forfait journalier hospitalier et à un niveau de 100% de la base de remboursement de la Sécurité Sociale, pendant les 3 premiers mois à compter de la date d'effet de vos garanties. La chambre particulière n'est pas prise en compte.

Un délai de neuf mois à compter de la date d'effet de votre contrat est appliqué sur le forfait naissance ou d'adoption plénière. De plus, le versement du forfait est conditionné à l'inscription de l'enfant sur le contrat dans un délai de deux mois de sa naissance ou de son adoption plénière.

Ces délais d'attente ne s'appliquent pas :

- en cas de reprise du contrat à la concurrence dans la limite des anciennes garanties ou à la suite d'une sortie « CMU » et sous réserve :
 - de présenter un certificat de radiation décrivant les garanties acquises ou de justifier la fin de droit CMU ;
 - que le précédent contrat ait été souscrit pour une durée au moins égale à 1 an ;
 - et que l'interruption des garanties soit inférieure ou égale à 2 mois.
- en cas d'accident ;
- pour l'enfant nouveau-né ou adopté de manière plénière dès lors que son inscription sur le contrat est demandée à ASSU 2000 dans les 2 mois qui suivent la naissance ou la date de jugement de l'adoption plénière. Dans ce cas la date de prise d'effet pour ce bénéficiaire correspond au jour de la naissance ou de l'adoption ;
- en cas de changement de garanties.

ARTICLE 21 : AVENANTS

CHANGEMENT DES GARANTIES

Toute demande de modification de formule de garanties ne peut se faire qu'à l'échéance principale de votre contrat. Elle doit être effectuée par un courrier du Souscripteur, daté et signé.

Ce courrier doit être adressé à ASSU 2000, au plus tard dans les 30 jours qui précèdent la date d'échéance principale du contrat.

Cette demande est recevable à la condition de satisfaire aux limites d'âges prévues à l'article 2 ci-dessus.

Sous réserve de l'accord de l'Assureur, ce changement de garanties prendra effet à compter du premier jour du mois suivant et fera l'objet, à cette date, d'un avenant au contrat.

En cas d'augmentation de garanties, la nouvelle souscription est exonérée des délais d'attente et limitations de garanties prévus à l'article 20 ci-dessus.

Il ne sera accepté qu'une demande de modification tous les 2 ans.

CHANGEMENT DE DOMICILE

Le changement de domicile doit être signalé par écrit et justifié dans les 3 mois de sa survenance.

Ce changement peut entraîner un ajustement de la cotisation.

Le défaut de déclaration peut être sanctionné par un rappel de cotisations.

CHANGEMENT DE REGIME OBLIGATOIRE

Le changement de régime obligatoire doit être signalé par écrit et justifié dans les 3 mois de sa survenance.

Ce changement peut entraîner un ajustement de la cotisation.

Le défaut de déclaration peut être sanctionné par un rappel de cotisations.

AJOUT OU SUPPRESSION DE BENEFICIAIRES

La demande écrite d'un ajout de bénéficiaire, en cours du contrat, est possible à tout moment sous réserve de satisfaire aux conditions de souscription énoncées à l'article 2 ci-dessus ainsi qu'aux conditions d'application des garanties tels que définis aux articles 20 et 21 ci-dessus.

La demande de suppression doit être signalée par écrit. Toute suppression de bénéficiaire doit être dûment justifiée et ne peut intervenir qu'à l'échéance principale de votre contrat.

En cas de décès, le contrat cesse de plein droit à effet immédiat.

Les avenants aux Dispositions Particulières établis au titre de ces modifications entraînent un ajustement de cotisation.

ARTICLE 22 : RENONCIATION

En cas de vente à distance

Conformément à l'article L.112-2-1 du Code des assurances relatif à la vente à distance, le Souscripteur bénéficie de la faculté de renoncer à son contrat dans un délai de 14 jours qui court à compter de la date de conclusion du contrat 100% Santé.

Conformément à l'article L.112-2-1 du Code des assurances « Toute personne physique ayant conclu à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle un contrat à distance dispose d'un délai de quatorze jours calendaires révolus pour renoncer, sans

avoir à justifier de motif ni à supporter de pénalités. Ce délai commence à courir, soit à compter du jour où le contrat à distance est conclu, soit à compter du jour où l'intéressé reçoit les conditions contractuelles et les informations, conformément à l'article L. 121-28 du Code de la consommation, si cette dernière date est postérieure à celle mentionnée précédemment. »

En cas de démarchage

Conformément à l'article L.112-9 du Code des assurances, relatif au démarchage à domicile, le Souscripteur bénéficie de la faculté de renoncer à son contrat dans un délai de 14 jours qui court à compter de la date de conclusion du contrat.

Conformément à l'article L112-9 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 L112-9 du Code des assurances, vous pouvez renoncer au présent contrat en adressant votre demande de renonciation par lettre recommandée avec avis de réception à ASSU2000.

Dans les deux cas, le Souscripteur qui fait valoir son droit à renonciation devra s'acquitter de la portion de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque a été couvert à sa demande.

Le montant ainsi dû est calculé selon la règle suivante : montant de la cotisation annuelle figurant aux Dispositions Particulières du contrat, hors frais annexes et de courtage / 365 * nombre de jours garantis.

La lettre recommandée avec accusé de réception (modèle joint ci-dessous) doit être adressée au siège social d'ASSU 2000. Toute lettre recommandée adressée à une entité juridique autre sera dépourvue de tout effet.

Nom et adresse du Souscripteur	
	ASSU2000 - Service relation client 40 avenue de Bobigny 93 131 Noisy-le-Sec cedex
Contrat N° :	Le --/--/----
Date de souscription :	
Montant de la cotisation réglé :	
Date de règlement de la cotisation : ... / ... /	
Mode de règlement de la cotisation :	
Madame, Monsieur,	
Conformément aux dispositions de l'article L. 112-2-1 ou de l'article L.112-9 du Code des assurances, j'entends par la présente renoncer au contrat d'assurance n° que j'ai souscrit en date du ... / ... /	
Je souhaite donc que le contrat précité soit résilié à compter de la date de réception de la présente et atteste n'avoir connaissance, à la date d'envoi de cette lettre, d'aucun sinistre mettant en jeu une garantie du contrat depuis mon acceptation de l'offre qui m'a préalablement été faite.	
Veuillez agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes salutations distinguées.	
Signature	

ARTICLE 23 : RESILIATION DU CONTRAT

Vous pouvez en qualité de Souscripteur mettre fin à votre contrat :

- à compter de la date à laquelle vous n'êtes plus affilié à un régime français légal d'assurance maladie obligatoire ;
- A tout moment à l'expiration d'un délai d'1 an à compter de la première souscription sans frais ni pénalités. La résiliation prend effet 1 mois après que nous en ayons reçu notification par lettre recommandée, y compris électronique, de votre nouvel assureur ;
- dans les 3 mois suivant une modification de votre situation - telle que décrite à l'article 24 ci-dessous- lorsque celle-ci a un effet sur les risques garantis par le contrat défini dans les articles L.113-16 et R.113-6 du Code des assurances ;
- en cas de bénéfice de la CMU complémentaire ;
- en cas de révision de la cotisation prévue à l'article 26 ci-dessous.

La demande de résiliation doit intervenir par lettre recommandée avec accusé de réception adressée à ASSU 2000. Elle doit indiquer la nature, la date de l'événement et être accompagnée des pièces justificatives.

La résiliation prend effet un mois après la notification.

Résiliation à l'initiative de l'Assureur :

- À défaut du paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation à l'expiration d'un délai de dix jours qui suit son échéance, vous recevrez une lettre recommandée de mise en demeure, vous invitant à vous acquitter du montant dû dans les conditions fixées par l'article L.113.3 du Code des assurances. Si la cotisation ou la fraction de cotisation n'est pas intégralement payée dans un délai de 30 jours après l'envoi de ce pli recommandé, vos garanties sont suspendues. À défaut de paiement 10 jours après l'expiration de ce délai de 30 jours, votre contrat sera résilié de plein droit et sans autre formalité. Les coûts d'établissement et d'envoi de la lettre recommandée de mise en demeure sont à votre charge ;
- Par application de l'article L.113-8 du Code des assurances en cas de fausse déclaration intentionnelle, de l'article L113-9 du code des assurances en cas de fausse déclaration non-intentionnelle.

Résiliation de plein droit :

Le contrat cesse de plein droit à effet immédiat en cas de décès du Souscripteur et pour tous les bénéficiaires qui s'y rattachent.

Après la date de cessation du contrat :

- les soins dispensés ou les dépenses engagées sont exclus de la garantie ;
- et toutes les attestations d'assurance de tiers-payant doivent être restituées immédiatement. Les prestations indûment prises en charge seront remboursées à l'Assureur.

ARTICLE 24 : VOS OBLIGATIONS

Vous devez, par écrit, informer ASSU 2000 et justifier auprès de lui dans le mois de la survenance d'un des événements suivants : changement de nom, changement de domicile, changement de situation matrimoniale, changement de régime social, changement de composition

de la famille et changement de coordonnées bancaires si la cotisation fait l'objet d'un prélèvement automatique.

Vos déclarations doivent nous parvenir, par lettre recommandée, dans les quinze jours qui suivent votre connaissance de l'un de ces événements. **Si l'absence ou le retard de déclaration nous cause un préjudice, nous pourrions invoquer la déchéance des garanties et ne pas procéder aux indemnités prévues (article L113-2 du Code des assurances).**

En cas d'aggravation de risque, liée à l'un de ces événements et indépendante de votre état de santé, nous vous proposons soit une augmentation de cotisation, soit la résiliation de votre contrat.

En cas de diminution de risque, nous vous proposons une diminution de votre cotisation.

Vous devez répondre avec exactitude aux questions posées dans la demande d'adhésion ou souscription ; En effet, en cas de fausse déclaration, votre contrat peut être annulé ou vos prestations réduites.

Une déclaration intentionnelle fautive ou incomplète, une réticence, une omission ou inexactitude dans la déclaration du risque entraîne l'application des sanctions prévues par les articles L113-8 et L113-9 du Code des assurances.

Si la fautive déclaration ou l'omission est intentionnelle (article L113-8 du Code des assurances), nous annulons votre adhésion. Dans ce cas, nous conservons les cotisations que vous payées. De plus, nous avons le droit, à titre de dédommagement, de vous réclamer le paiement de toutes les cotisations dues jusqu'à l'échéance principale de votre adhésion.

Si la déclaration est inexacte ou l'omission n'est pas intentionnelle (article L113-9 du Code des assurances), vous vous exposez :

- avant le sinistre : soit à une augmentation de votre cotisation, soit à la résiliation de votre adhésion ;
- après le sinistre : à la réduction de vos indemnités proportionnellement à la cotisation que vous auriez dû payer si vos déclarations avaient été exactes.

Pour le Délégué de gestion de l'Assureur

a) Droit d'opposition des consommateurs au démarchage téléphonique

Si vous ne souhaitez pas faire l'objet de prospection commerciale par téléphone, vous pouvez gratuitement vous inscrire sur une liste d'opposition au démarchage téléphonique. En vous inscrivant sur cette liste, nous aurons interdiction de vous démarcher, sauf en cas de relations contractuelles préexistantes.

Ces dispositions sont applicables aux personnes physiques agissant en dehors de leurs activités professionnelles.

Si vous souhaitez, en cours d'exécution de votre contrat, vous opposer à toute prospection téléphonique de notre part, vous avez tout loisir de nous écrire par courrier à :

**ASSU 2000
Service Relation Client
40 avenue de Bobigny 93130 Noisy-le-Sec**

ARTICLE 25 : PROTECTION DE VOS DONNEES PERSONNELLES

Les données à caractère personnel vous concernant, ou concernant les personnes parties ou intéressées au contrat,

sont collectées par l'Intermédiaire et l'Assureur, responsables du traitement, et sont nécessaires au traitement de votre demande pour les finalités suivantes : souscription ou gestion de vos contrats d'assurances, gestion de vos sinistres et évaluation de votre satisfaction, gestion et évaluation du risque d'assurance, réalisation d'études statistiques et techniques, information commerciale et lutte contre la fraude.

Les informations personnelles communiquées à l'Intermédiaire et à l'Assureur pourront être partagées en vue des mêmes finalités que celles précédemment indiquées au profit de leurs sous-traitants et prestataires, établissements et sociétés membres du Groupe intervenant dans le cadre des finalités précitées. Ces informations peuvent également être communiquées, à leur requête, aux organismes officiels et aux autorités administratives ou judiciaires légalement habilitées (pays de l'Union Européenne ou non membres de l'Union Européenne), notamment dans le cadre de la lutte contre le blanchiment des capitaux ou de la lutte contre le financement du terrorisme.

Les conversations téléphoniques sont susceptibles d'être analysées et enregistrées pour des raisons de qualité de service. Ces enregistrements sont exclusivement destinés à l'usage interne de l'Intermédiaire et l'Assureur. Vous disposez de droits sur ces données que vous pouvez exercer selon les modalités précisées au paragraphe « L'exercice des droits » ci-dessous.

Identité des Responsables de traitement :

Pour l'ensemble des opérations décrites ci-après, l'Assureur est responsable de traitement, à l'exception des opérations listées ci-après pour lesquelles ASSU 2000, en qualité de délégué de gestion, est responsable de traitement en ce qui concerne l'intégralité des moyens techniques et essentiels du traitement nécessaire à la gestion des contrats d'assurance pour les opérations suivantes :

- Souscription / Emission des contrats
- Gestion de la vie des contrats
- Gestion des sinistres
- Encaissement / Recouvrement des primes
- Gestion des Réclamations
- Archivage des pièces de gestion et documents comptables.

Les finalités du traitement et les bases juridiques du traitement :

Les données personnelles 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, le respect d'obligations légales ou administratives en vigueur, ou encore la lutte contre la fraude ou la gestion de nos relations commerciales, notamment à la réalisation d'opérations de prospection.

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

	<ul style="list-style-type: none"> - Recouvrement - Exercice des recours et application des conventions entre assureurs - Gestion des réclamations et contentieux - 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
Obligations légales	<ul style="list-style-type: none"> -Lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme - Respect des obligations légales, réglementaires et administratives
Intérêt légitime	<ul style="list-style-type: none"> -Lutte contre la fraude Afin de protéger les intérêts de la communauté des Assurés et des Assureurs - 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

Clause spécifique relative à la fraude

Vous êtes également informé que ASSU 2000 et l'Assureur mettent 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. 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 d'ASSU 2000. 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).

Clause spécifique relative aux obligations réglementaires

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.

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

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, à l'Assureur ainsi qu'à des

partenaires, intermédiaires, réassureurs et assureurs concernés, organismes professionnels, organismes sociaux des personnes impliquées sous-traitants et prestataires, tant en France qu'au Maroc, 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.

En cas de transfert hors de l'Union Européenne des données personnelles collectées et traitées, des garanties sont prises par le Groupe ASSU 2000 pour assurer un bon niveau de protection de ces données.

Localisation des traitements de vos données personnelles

ASSU 2000 et l'Assureur ont 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, les data centers, sur lesquels sont hébergées vos données, sont localisés en France

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 prescriptions légales et sous réserve des obligations légales et réglementaires de conservation.

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.. Le retrait du consentement ne s'applique pas aux traitements nécessaires à l'exécution du contrat d'assurance, au respect d'obligations légales ou encore à la lutte contre la fraude.
- droit d'opposition : vous pouvez vous opposer au traitement de vos données personnelles notamment concernant la prospection commerciale.

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

dpo@assu2000.fr ou à l'adresse postale suivante

DPO ASSU 2000
40 avenue de Bobigny
93130 Noisy-le-Sec Cedex

Droit d'introduire une réclamation (CNIL).

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

ARTICLE 26 : VOTRE COTISATION

a) La fixation des cotisations

Toute taxe (ou modification légale de taxe) devenant applicable au contrat sera automatiquement répercutée sur les cotisations d'assurance à la date d'effet de son entrée en vigueur.

La cotisation annuelle est fixée à la souscription du contrat et est payable d'avance. Elle est mentionnée aux Dispositions Particulières avec le choix du fractionnement choisi.

Le premier règlement de cotisation à régler correspond à la fraction de la cotisation appelée de la date d'effet du contrat jusqu'à la date du prochain règlement.

Les éventuels frais d'impayés pourront vous être imputés.

b) L'évolution annuelle de la cotisation

La cotisation évolue à chaque échéance principale du contrat en fonction de :

- de l'évolution de la Consommation Médicale Totale des ménages publiée dans le rapport annuel des Comptes Nationaux de la Santé ;
- des résultats techniques du contrat constatés sur une année
- suite à une modification fiscale, législative ou réglementaire qui viendrait modifier la participation des régimes obligatoires, entraînant une modification de tout ou partie des engagements de l'Assureur ;

c) La révision des cotisations

Les cotisations et les garanties peuvent être révisées à effet immédiat lorsque la réglementation modifie les conditions contractuelles ou la portée des engagements de l'Assureur.

La révision intervient lors du paiement de l'échéance qui suit la modification.

En cas de désaccord, le Souscripteur dispose du droit de mettre fin à son contrat en adressant une lettre recommandée dans les 15 jours suivant la date de réception de cet avis d'échéance à :

ASSU 2000
Service Santé et prévoyance
40 avenue de Bobigny
93130 Noisy le sec

La résiliation du contrat prend effet 1 mois après l'expédition de cette lettre recommandée. Dans ce cas la nouvelle cotisation correspondant à la période allant jusqu'à la date de cessation du contrat doit être acquittée par vous.

ARTICLE 27 : L'ARBITRAGE

Les décisions de l'Assureur, prises en fonction des conclusions du médecin délégué, vous sont notifiées par courrier recommandé ; elles s'imposent à vous si vous n'en avez pas contesté le bien fondé, par lettre recommandée, dans les 2 mois suivant leur envoi, au moyen d'une attestation médicale détaillée.

En cas de désaccord entre l'Assureur et vous (ou vos ayants-droit en cas de décès), chaque partie désignera un médecin. En cas de divergence entre ces 2 premiers médecins, ceux-ci s'en adjoignent par voie amiable ou judiciaire, un 3ème pour les départager.

Les honoraires et les frais relatifs à l'intervention de chacun des 2 premiers médecins sont à la charge de la partie qui l'a désigné, ceux concernant le 3ème médecin sont supportés par moitié par les 2 parties.

ARTICLE 28 : SUBROGATION

L'Assureur ou son représentant est subrogé dans les droits et actions du bénéficiaire contre les responsables éventuels des dommages qu'il a subi, à concurrence des prestations versées au(x) bénéficiaire(s) effectuées par lui.

ARTICLE 29 : LA PRESCRIPTION

Aucune action ni réclamation concernant l'adhésion au contrat ne pourra être entreprise au-delà du délai de prescription. La prescription se définit comme l'extinction d'un droit résultant de l'inaction de son titulaire pendant un certain laps de temps. Les dispositions relatives à la Prescription des actions dérivant du contrat d'assurance sont fixées par les articles L. 114-1 à L. 114-3 du Code des assurances reproduits ci-après :

Article L. 114-1 du Code des assurances

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

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

2° En cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là. Quand l'action de l'Assuré contre l'Assureur a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'Assuré ou a été indemnisé par ce dernier.

La prescription est portée à dix ans dans les contrats d'assurance 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.

Article L 114-2 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 avec accusé de réception adressée par l'Assureur à l'Assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'Assuré à l'Assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Article L 114-3 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 à 2246 du Code Civil reproduits ci-après. Pour prendre connaissance de toute mise à jour éventuelle des dispositions précitées, nous vous invitons à consulter le site officiel www.legifrance.gouv.fr

Article 2240 du Code civil

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

Article 2241 du Code civil

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

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

Article 2242 du Code civil

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

Article 2243 du Code civil

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

Article 2244 du Code civil

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

Article 2245 du Code civil

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

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

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

Article 2246 du Code Civil

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

ARTICLE 30 : LES RECLAMATIONS

En cas de difficultés dans l'application du présent contrat, merci de bien vouloir consulter en tout premier lieu votre conseiller ASSU 2000.

Si sa réponse ne vous satisfait pas, vous pourrez adresser votre réclamation à :

ASSU 2000
Service Consommateurs
40 avenue de Bobigny
93130 Noisy-le-Sec

Si vous n'êtes toujours pas satisfait de la réponse qui vous a été apportée après épuisement des voies de traitement internes, indiquées ci-dessus, vous pouvez faire appel au **Médiateur de l'Assurance** dont les coordonnées postales sont : **La Médiation de l'Assurance TSA 50 110 – 75441 PARIS CEDEX 09 – et les coordonnées web : www.mediation-assurance.org.**

Cette action n'aura aucun préjudice sur vos éventuelles autres voies d'actions légales.

Si vous avez souscrit votre contrat par le biais d'un intermédiaire et que votre demande relève de son devoir de conseil et d'information ou concerne les conditions de commercialisation de votre contrat, votre réclamation doit être exclusivement adressée à cet intermédiaire.

ARTICLE 31 : L'AUTORITE DE CONTROLE

L'autorité chargée du contrôle des entreprises d'assurances qui accordent les garanties prévues par le présent contrat est l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR), 4, PLACE DE BUDAPEST - CS 92459 - 75436 PARIS CEDEX 09 - www.acpr.banque-france.fr

ARTICLE 32 : LUTTE CONTRE LE BLANCHIMENT

Les contrôles que nous sommes légalement tenus d'effectuer au titre de la lutte contre le blanchiment d'argent et contre le financement du terrorisme, notamment sur les mouvements de capitaux transfrontaliers, peuvent nous conduire à tout moment à vous demander des explications ou des justificatifs, y compris sur l'acquisition des biens assurés.

Pour exercer votre droit d'accès aux données collectées dans le cadre de la lutte anti-blanchiment et anti-terroriste, adressez-vous directement à la CNIL. Conformément à la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée par la loi du 6 août 2004 et au Code monétaire et financier, vous bénéficiez d'un droit d'accès aux données vous concernant en adressant un courrier à la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL).

ARTICLE 33 : DROIT D'OPPOSITION DES CONSOMMATEURS AU DEMARCHAGE TELEPHONIQUE

Les consommateurs qui ne souhaitent pas faire l'objet de prospection commerciale par voie téléphonique par un professionnel avec lequel ils n'ont pas de relations contractuelles préexistantes, peuvent s'inscrire gratuitement sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique sur le site internet www.bloctel.gouv.fr ou par courrier auprès de OPPOSETEL – Service Bloctel – 6 rue Nicolas Siret – 10000 Troyes.

■ CONVENTION D'ASSISTANCE

ARTICLE 1 : OBJET DE LA CONVENTION

La présente convention a pour objet de définir les termes et les conditions de mise en œuvre de garanties d'assistance santé accordées aux bénéficiaires du contrat santé.

Les prestations d'assistance sont assurées par :
FRAGONARD ASSURANCES (SA au capital de 37 207 660 € - 479 065 351 RCS Paris - Siège social : 2, rue Fragonard - 75017 Paris - Entreprise régie par le Code des assurances) et 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.orias.fr/>), ci-après dénommée l' « Assisteur ».

Ces prestations d'assistance sont de plein droit automatiquement suspendues ou résiliées aux mêmes dates que votre contrat d'assurance santé, qu'elles suivent dans tous ses effets, et en tout état de cause, elles sont acquises uniquement pendant la durée de validité des accords liant ASSU2000 et Fragonard Assurances.

Toute demande de mise en œuvre de l'une des prestations de la présente convention doit obligatoirement être formulée directement par le bénéficiaire ou ses proches et auprès de l'Assisteur par :

• **téléphone : 01 40 25 53 58**

Accessible 24h/24, 7j/7 sauf mentions contraires et en indiquant :

- le nom et le numéro de la convention santé 922035 ;
- le nom et prénom du Bénéficiaire ;
- l'adresse exacte du Bénéficiaire ;
- le numéro de téléphone où le Bénéficiaire peut être joint.

ARTICLE 2 : DEFINITIONS SPECIFIQUES A L'ASSISTANCE

Accident

Altération brutale de la santé du bénéficiaire ayant pour cause un événement extérieur, soudain, imprévisible et violent et indépendant de la volonté de la victime.

Accident corporel

Altération brutale de la santé du Bénéficiaire ayant pour cause un événement extérieur, soudain, imprévisible et violent et indépendant de la volonté de la victime.

Animaux domestiques

Animaux familiers (chiens et chats uniquement et 2 maximum) vivant habituellement au domicile du bénéficiaire et à sa charge, et dont le carnet de vaccination est à jour conformément à la réglementation en vigueur.
Sont exclus les chiens de 1^{ère} Et 2^{nde} catégorie (article L211-12 du Code rural et de la pêche maritime).

Assistance au domicile

Hospitalisation, immobilisation au Domicile ou décès.

Assistance Info/Conseil

Demande de renseignements par téléphone.

Atteinte corporelle grave

Accident ou maladie à caractère imprévisible dont la nature risque d'engendrer, à brève échéance, une aggravation importante de l'état du Bénéficiaire.

Bénéficiaire

Le souscripteur du contrat Santé et son conjoint de droit ou de fait ou toute personne liée au Bénéficiaire par un Pacs, les enfants célibataires âgés de moins de 25 ans et les ascendants vivant au Domicile et fiscalement à charge.

Domicile

Lieu de résidence principal et habituel du Bénéficiaire figurant comme domicile sur la déclaration d'impôts sur le revenu. Il est situé en France Métropolitaine.

Fait générateur

Désigne l'évènement ouvrant droit à la garantie d'assistance.

Frais d'hébergement

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

France

France métropolitaine.

Hospitalisation imprévue

Séjour imprévu, d'une durée supérieure à 24 heures, dans un établissement de soins public ou privé, prescrit médicalement, pour un traitement médical ou chirurgical suite à une atteinte corporelle grave et dont la survenance n'était pas connue du Bénéficiaire avant son déclenchement.

L'Assisteur se réserve le droit de demander un bulletin confirmant l'hospitalisation avant de mettre en œuvre les prestations d'assistance.

Immobilisation au domicile

Obligation de demeurer au Domicile suite à une atteinte corporelle grave, sur prescription médicale et d'une durée supérieure à 2 jours.

L'Assisteur se réserve le droit de demander un certificat médical ou un arrêt de travail confirmant l'immobilisation au Domicile avant de mettre en œuvre les prestations d'assistance.

Maladie

Altération soudaine et imprévisible de la santé du Bénéficiaire constatée par une autorité médicale compétente.

Membres de la famille

Ascendants et descendants au premier degré, conjoint concubin, ou toute personne liée au Bénéficiaire par un PACS.

Proche

Toute personne physique désignée par le Bénéficiaire ou l'un de ses ayants droit et domiciliée en France métropolitaine.

Territorialité

Les garanties « Assistance Santé à domicile » et « Assistance Info/Conseil » s'exercent en France uniquement.

Transport

Sauf mention contraire, les transports organisés dans le cadre de cette convention s'effectuent par train 1^{ère} classe ou par avion en classe touristique.

ARTICLE 3 : LES GARANTIES D'ASSISTANCE A DOMICILE

RECHERCHE D'UNE PLACE EN MILIEU HOSPITALIER

Sur demande du Bénéficiaire et sur prescription médicale, l'équipe médicale de l'Assisteur recherche, dans la mesure des disponibilités, une place dans tout service hospitalier dans des établissements privés ou publics situés dans un rayon de 50 km autour du Domicile du Bénéficiaire.

LIVRAISON DE MEDICAMENTS A DOMICILE

En cas d'incapacité de se déplacer du bénéficiaire ou de l'un de ses proches, l'Assisteur organise et prend en charge la recherche et l'acheminement des médicaments indispensables à son traitement sur présentation d'une prescription médicale (ordonnance) de moins de 3 mois.

Le coût des médicaments reste à la charge du bénéficiaire.

Cette garantie est accordée dans les 30 jours qui suivent la date de l'évènement.

ASSISTANCE EN CAS D'HOSPITALISATION D'UN OU DES DEUX PARENTS :

a) Garde à Domicile des enfants

Si personne ne peut assurer la garde des enfants bénéficiaires

de moins de 16 ans, dès le premier jour de l'incident, L'Assisteur organise et prend en charge :

- soit l'acheminement d'un Proche au Domicile du Bénéficiaire,
- soit l'acheminement des enfants par un personnel qualifié au Domicile d'un Proche,
- soit la garde des enfants par du personnel qualifié au Domicile du Bénéficiaire, **pendant 24 heures maximum dans les 5 jours suivant la date de l'évènement avec un minimum de 3 heures consécutives.** Cette prestation peut être fournie du lundi au samedi de 8h00 à 19h00 (hors jours fériés) dans la limite des disponibilités locales. La mission de cette personne consiste à garder l'enfant au Domicile, préparer les repas et apporter des soins quotidiens à l'enfant (**à l'exclusion des soins médicaux**). Pendant ses heures de garde (en fonction de l'âge des enfants) elle assurera également l'accompagnement à l'école ou à la crèche, à condition que le déplacement se fasse sans véhicule. En aucun cas, cette prise en charge ne peut excéder la durée de l'hospitalisation ou de l'Immobilisation.

L'Assisteur prend en charge le ou les titres de transport aller - retour en avion de ligne classe économique ou en train 1ère classe.

L'Assisteur organise et prend en charge un taxi pour accompagner les enfants à leurs activités extrascolaires (musique, sport...). La garde d'enfant accompagnera l'enfant dans le cadre de ses heures de garde. Les frais de taxi sont pris en charge **à concurrence d'un forfait de 80€ TTC par hospitalisation ou par évènement.** L'Assisteur intervient à la demande des parents et ne peut être tenue pour responsable des évènements pouvant survenir pendant les trajets ou pendant la garde des enfants confiés.

Cette garantie est limitée à deux interventions par année civile.

Au-delà de deux interventions par an, l'Assisteur peut communiquer au Bénéficiaire les coordonnées de personnel qualifié. **Le coût du personnel qualifié reste à la charge du Bénéficiaire.**

ASSISTANCE EN CAS D'IMMOBILISATION AU DOMICILE D'UN ENFANT BENEFICIAIRE DE MOINS DE 16 ANS :

a) Garde des enfants malades ou convalescents

Lorsque le médecin traitant estime que l'état de santé d'un enfant bénéficiaire de moins de 16 ans, nécessite une immobilisation médicalement prescrite supérieure à 2 jours consécutifs et dans le cas où personne ne peut assurer sa garde, dès le premier jour de l'incident, l'Assisteur organise et prend en charge :

- soit l'acheminement d'un proche au domicile du bénéficiaire en mettant à disposition un titre de transport aller - retour en avion de ligne classe économique ou en train 1ère classe ;
- soit sa garde par du personnel qualifié au domicile du bénéficiaire, **pendant 30 heures maximum dans les 10 jours suivant la date de l'évènement avec un minimum de 3 heures consécutives.**

L'Assisteur intervient à la demande des parents et ne peut être tenu pour responsable des évènements pouvant survenir pendant les trajets ou pendant la garde des enfants confiés.

Cette garantie est limitée à deux interventions par année civile.

Au-delà de deux interventions par an, l'Assisteur peut communiquer au bénéficiaire les coordonnées de personnel qualifié. **Le coût du personnel qualifié reste à la charge du Bénéficiaire.**

b) Soutien pédagogique / Ecole à domicile

Lorsque le médecin traitant estime que l'état de santé de l'enfant bénéficiaire nécessite une immobilisation au domicile et que cette obligation entraîne une absence scolaire supérieure à 15 jours consécutifs, l'Assisteur recherche et prend en charge un ou plusieurs répétiteurs. Ce soutien s'adresse aux enfants scolarisés en France dans un établissement scolaire français pour y suivre des cours d'une classe allant du cours préparatoire à la terminale.

Le ou les répétiteurs dispensent à l'enfant des cours dans les matières principales : Français, Mathématiques, Histoire, Géographie, Physique, Biologie, langues vivantes. Seuls les honoraires du ou des répétiteurs sont pris en charge pour l'ensemble des matières **dans la limite de 10 heures maximum par semaine pour l'enseignement primaire et de 15 heures maximum par semaine pour l'enseignement secondaire.**

Ces cours sont dispensés au 16ème jour de l'immobilisation au domicile de l'enfant durant l'année scolaire en cours, hors jours fériés et vacances scolaires.

Cette garantie est limitée à une intervention par année civile. Les phobies scolaires sont exclues.

Au-delà de deux interventions par an, l'Assisteur peut communiquer au bénéficiaire les coordonnées de personnel qualifié. **Le coût du personnel qualifié reste à la charge du bénéficiaire.**

ASSISTANCE EN CAS D'HOSPITALISATION, D'IMMOBILISATION AU DOMICILE, DE SEJOUR EN MATERNITE OU EN CAS DE DECES :

a) Présence d'un proche

En cas d'hospitalisation imprévue du Bénéficiaire ou de son conjoint d'une durée supérieure à 5 jours ou en cas d'immobilisation au Domicile de plus de 8 jours, (et si aucun membre de la famille ne se trouve dans un rayon de 50 km du Domicile du Bénéficiaire), l'Assisteur organise et prend en charge pour un membre de la famille ou un Proche

résidant en France métropolitaine, afin de se rendre au chevet du bénéficiaire :

- un titre de transport (billet aller - retour en avion classe économique ou en train 1ère classe) ;
- ses Frais d'hébergement pendant 4 nuits maximum à concurrence de 50 € TTC par nuit (toute autre solution de logement provisoire ne peut donner lieu à un quelconque dédommagement).

Cette prestation est également accordée en cas de séjour prolongé de plus de 8 jours en maternité ou en cas de décès du Bénéficiaire.

b) Aide-ménagère à Domicile

Pendant, ou à la suite immédiate d'une hospitalisation imprévue pour une durée supérieure à 5 jours ou en cas d'immobilisation au Domicile de plus de 8 jours du Bénéficiaire ou de son conjoint, l'Assisteur recherche et prend en charge les services d'une aide-ménagère à Domicile soit pendant sa durée d'immobilisation ou d'hospitalisation, soit dès son retour à son Domicile.

Cette aide-ménagère aura notamment en charge l'accomplissement des tâches quotidiennes.

L'Assisteur prend en charge 30 heures réparties dans les 15 jours suivant la date de l'évènement avec un minimum de 3 heures consécutives par jour.

Le bénéficiaire doit formuler sa demande dans les 8 jours qui suivent la date de l'incident.

Seule l'équipe médicale du service assistance est habilitée à fixer la durée de présence de l'aide-ménagère après bilan médical.

Cette prestation est également accordée en cas de séjour prolongé de plus de 8 jours en maternité ou en cas de décès du bénéficiaire.

Cette garantie est limitée à deux interventions par année civile.

Au-delà des deux interventions par an ; l'Assisteur peut communiquer au bénéficiaire les coordonnées de personnel qualifié. **Le coût du personnel qualifié reste à la charge du bénéficiaire.**

c) Garde des animaux de compagnie (chiens, chats à l'exclusion de tous autres animaux)

En cas d'Hospitalisation imprévue du Bénéficiaire ou de son conjoint d'une supérieure à 5 jours ou en cas d'immobilisation au domicile de plus de 8 jours et si les animaux domestiques ne peuvent bénéficier de leur garde habituelle, l'Assisteur organise et prend en charge le transfert et la garde des animaux (maximum 2) jusqu'à la pension la plus proche du domicile, **à concurrence de 230 EUR par évènement et pour l'ensemble des animaux. Cette garantie est limitée à une intervention par année civile.**

Cette prestation est également accordée en cas de séjour prolongé de plus de 8 jours en maternité ou en cas de décès du bénéficiaire.

d) Garde malade à domicile

A la suite d'une hospitalisation imprévue du bénéficiaire ou de son conjoint d'une durée supérieure à 5 jours et sur prescription médicale, l'Assisteur organise et prend en charge les services d'une garde malade pour qu'elle se rende au chevet du bénéficiaire, pendant 24 heures en continue ou fractionnées à concurrence de 4 heures minimum consécutives.

Le bénéficiaire doit formuler sa demande dans les 8 jours qui suivent la date de l'incident.

ASSISTANCE EN CAS D'AFFECTION DE LONGUE DUREE (TRI THERAPIE, QUADRI THERAPIE, CHIMIOETHERAPIE (UNIQUEMENT REALISEE EN MILIEU HOSPITALIER) ET RADIOETHERAPIE) :

a) Aide-ménagère élargie

A la demande du bénéficiaire, l'Assisteur recherche et prend en charge les services d'une aide-ménagère à domicile soit pendant sa durée d'immobilisation ou d'hospitalisation, soit dès son retour à son domicile.

Elle aura notamment en charge l'accomplissement des tâches quotidiennes.

L'Assisteur prend en charge **15 heures maximum dans les 15 jours suivant la date de l'évènement avec un minimum de 3 heures consécutives.** Cette prestation est fournie du lundi au samedi de 8h00 à 18h00 (hors jours fériés) dans la limite des disponibilités locales.

Le bénéficiaire doit formuler sa demande dans les 8 jours qui suivent la date de l'incident.

Seule l'équipe médicale du service assistance est habilitée à fixer la durée de présence de l'aide-ménagère après bilan médical.

Cette garantie est limitée à une intervention par année civile.

Au-delà des deux interventions par an, l'Assisteur peut communiquer au bénéficiaire les coordonnées de personnel qualifié. **Le coût du personnel qualifié reste à la charge du bénéficiaire.**

Cette garantie exclue les affections de longue durée dont la première survenance intervient avant la prise d'effet du contrat santé.

Exclusions

Sont exclus et ne pourront donner lieu à l'intervention de l'Assisteur, ni faire l'objet d'une indemnisation à quelque titre que ce soit :

- toutes interventions et/ou remboursements relatifs à des bilans médicaux, check-up, dépistages à titre préventif, traitements ou analyses réguliers et, d'une manière générale, toute intervention ou prise en charge ayant un caractère répétitif ou régulier,
- les interruptions volontaires de grossesse,
- les maladies chroniques,
- les tentatives de suicide et leurs conséquences,
- les cures de rajeunissement, d'amaigrissement, les traitements à but esthétique, les frais médicaux,
- les cures, séjours en maison de repos et les frais de rééducation,
- les hospitalisations dans les centres de réadaptation fonctionnelle, maisons de convalescence ou établissements psychiatriques,
- les hospitalisations à domicile,
- les traitements de chimiothérapie orale à domicile, sauf protocole de soins particulier et après évaluation par les médecins de l'Assisteur.

ARTICLE 4 : LES GARANTIES D'ASSISTANCE INFORMATION ET CONSEIL

a) Information Santé Plus

L'équipe médicale de l'Assisteur communique au Bénéficiaire des informations et conseils médicaux et paramédicaux dans une logique de Prévention et afin de l'aider à mieux gérer son « Capital Santé ». Ce service est accessible de 8h00 à 20h00 du lundi au vendredi.

Il permet de fournir au Bénéficiaire **par téléphone uniquement** tout renseignement d'ordre général dans les domaines suivants :

- **Santé au quotidien** : maladies infantiles, allergies, diététique, vaccination, petits bobos...

- **Santé en voyage** : vaccins obligatoires et conseillés selon le pays de destination, précautions d'hygiène, équivalence des médicaments à l'étranger, les informations sur la carte européenne d'assurance la procédure de règlement des frais médicaux à l'étranger les informations d'ordre général sur la santé.
- **Hygiène de vie** : facteurs de risques (tabac, alcool, drogues, pollution, alimentation, sports, stress...), contre-indications courantes (activité, lieu de vie, climat...), hygiène corporelle (bucco-dentaire etc...).
- **Pathologies** : informations générales (nature, symptômes, traitements...), maladies « orphelines »...
- **Prévention des maladies graves** : quels dépistages, quand et pour quels risques (cancers, problèmes cardio-vasculaires etc...), sensibilisation à certains risques (exposition au soleil...) et conseil appropriés...
- **Techniques nouvelles** : soins palliatifs, chirurgie ambulatoire, médecines douces, tri thérapie, transplantations et greffes d'organes, chirurgie ophthalmique...
- **Examens médicaux** : nature des différents types d'examens et analyses (radiologie, biologie, scanners, IRM, échographies, scintigraphies etc...), indications, normes...
- **Coordonnées utiles** : centres de consultation pour un complément d'avis médical...et établissements spécialisés (rééducation, désintoxication, thermalisme etc...), associations de malades urgences : SAMU, pompier, centre antipoison, vaccination, structures sanitaires (hôpitaux et cliniques) et structures d'accueil en cas d'hospitalisation d'un proche ou d'un enfant ; associations de malades : diabétiques, paralysés, aide-ménagère, garde d'enfants malades, portage de repas...
- **Données administratives** : aides au maintien au domicile des personnes âgées, prise en charge de la dépendance, structures d'accueil médicalisées...
- **Informations administratives et sociales** : aides sur les droits et les démarches administratives et sociales auprès des organismes sociaux.

L'Assisteur 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 à la législation sociale et au secret médical.

Les informations sont fournies par l'Assisteur exclusivement par téléphone et sont des renseignements à caractère documentaire. Sa responsabilité ne pourra être recherchée dans le cas d'une utilisation ou interprétation erronée des renseignements communiqués.

b) Informations et conseils « obsèques »

L'Assisteur met à la disposition des bénéficiaires ou de leurs proches, un service d'informations téléphoniques sur les formalités et démarches lors d'un décès, accessible de 8h00 à 20h30 et 7 jours sur 7.

Selon les cas, l'Assisteur devra se documenter ou effectuer des recherches et rappeler le bénéficiaire afin de lui communiquer les renseignements nécessaires.

Les renseignements fournis sont d'ordre documentaire et la responsabilité de l'Assisteur ne

pourra, en aucun cas, être engagée dans le cas d'une interprétation inexacte des informations transmises.

Les thèmes sont les suivants :

- **Les démarches facultatives** :
 - les obsèques civiles ou religieuses
 - les prélèvements d'organes
 - le don du corps
 - la crémation
- **Les démarches après le décès** :
 - la constatation
 - la déclaration
 - les papiers à demander
 - les organismes à prévenir
 - les dispositions financières
- **Les réglementations particulières** :
 - les soins de conservation
 - les chambres funéraires
 - le transport
 - les cimetières et concessions
- **L'organisation des obsèques** :
 - les services de pompes funèbres
 - l'inhumation
 - le coût des obsèques

c) Transmission des messages urgents

Si le Bénéficiaire est dans l'impossibilité matérielle de transmettre un message urgent et s'il en fait la demande, l'Assisteur se charge de transmettre gratuitement, par les moyens les plus rapides, les messages ou nouvelles émanant du bénéficiaire vers les membres de sa famille, ses proches ou son employeur. L'Assisteur peut également servir d'intermédiaire en sens inverse.

Les messages restent sous la responsabilité de leurs auteurs qui doivent pouvoir être identifiés et n'engagent qu'eux, l'Assisteur ne jouant que le rôle d'intermédiaire pour leur transmission.

Exclusions communes à toutes les garanties d'assistance

Sont exclus et ne pourront donner lieu à l'intervention de l'Assisteur, ni faire l'objet d'une indemnisation à quelque titre que ce soit :

- les conséquences résultant de l'usage abusif d'alcool (taux d'alcoolémie constaté supérieur au taux fixé par la réglementation en vigueur), de l'usage ou de l'absorption de médicaments, drogues ou stupéfiants non prescrits médicalement ;
- les dommages provoqués par une faute intentionnelle ou dolosive du bénéficiaire ;
- la participation en tant que concurrent à un sport de compétition ou à un rallye ;
- les conséquences d'une inobservation volontaire de la réglementation du pays visité ou de la pratique d'activités non autorisées par les autorités locales ;
- les frais engagés par le bénéficiaire pour la délivrance de tout document officiel ;
- les conséquences de la pratique, à titre professionnel, de tout sport et à titre amateur des sports aériens, de défense, de combat ;
- les conséquences de la participation à des compétitions ou à des épreuves d'endurance ou de vitesse et à leurs essais préparatoires, à bord de tout engin de locomotion terrestre, nautique ou aérien ;
- les conséquences du non-respect des règles de sécurité reconnues liées à la pratique de toute activité sportive de loisirs ;
- les conséquences d'explosion d'engins et d'effets nucléaires radioactifs ;

- les conséquences de la guerre civile ou étrangère, d'émeutes, de grèves, d'actes de terrorisme, de pirateries, d'interdictions officielles, de saisies ou de contraintes par la force publique ;
 - les conséquences d'évènements climatiques tels que tempêtes ou ouragans ;
 - les frais liés aux excédents de poids des bagages lors d'un transport par avion et les frais d'acheminement des bagages lorsqu'ils ne peuvent être transportés avec le bénéficiaire ;
 - les frais non justifiés par des documents originaux ;
 - le suicide ou les conséquences de tentative de suicide du bénéficiaire,
 - 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,
- 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 :
 - des maladies et accidents antérieurs à la date d'effet du contrat,
 - des maladies psychologiques antérieurement diagnostiquées/avérées/constituées ou en cours de traitement à la date d'effet du contrat,
 - des affections de longue durée, de maladies chroniques ou de l'invalidité permanente, antérieurement avérées/constituées,
 - les dommages résultant de soins d'ordre esthétique (y compris chirurgie esthétique).

ARTICLE 5 : CONDITIONS RESTRICTIVES D'APPLICATION

a) Limitation de responsabilité

L'Assisteur ne peut être tenu pour responsable d'un quelconque dommage à caractère professionnel ou commercial, subi par un bénéficiaire à la suite d'un incident ayant nécessité l'intervention des services d'assistance. L'Assisteur ne peut se substituer aux organismes locaux ou nationaux de secours d'urgence ou de recherche, et ne prend pas en charge les frais engagés du fait de leur intervention sauf stipulation contractuelle contraire.

L'Assisteur intervient dans le cadre fixé par les lois et règlements nationaux et internationaux.

b) Circonstances exceptionnelles

L'engagement de l'Assisteur repose sur une obligation de moyens et non de résultat.

L'Assisteur ne peut être tenue pour responsable de la non-exécution ou des retards d'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 des Affaires étrangères <https://www.tresor.economie.gouv.fr/>), 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.

Il 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 l'Assisteur a été prévenu et a donné son accord exprès.

Les frais exposés seront remboursés sur présentation des justificatifs originaux, dans la limite de ceux que l'Assisteur aurait engagés pour organiser la prestation.

La responsabilité de l'Assisteur ne concerne que les services qu'il réalise en exécution de la Convention. Il ne sera pas tenu 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.

ARTICLE 6 : CONDITIONS GENERALES D'APPLICATION

a) Accord préalable

L'organisation par le bénéficiaire ou par son entourage de tout ou partie des garanties prévues à la présente convention sans l'accord préalable de l'Assisteur, matérialisé par un numéro de dossier, ne peut donner lieu à remboursement.

b) Déchéance des garanties

Le non-respect par le bénéficiaire de ses obligations envers l'Assisteur en cours de contrat entraîne la déchéance de ses droits tels que prévus à la présente convention.

ARTICLE 7 : CADRE JURIDIQUE

a) Loi informatique et libertés

Conformément à la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978, telle que modifiée par la loi du 6 août 2004, l'Assuré dispose d'un droit d'accès, de modification, de rectification, de suppression et d'opposition relatif aux données le concernant en adressant sa demande à :

**AWP France SAS
Service Juridique – DT03
7 rue Dora Maar – CS 60001
93488 SAIN OUEEN Cedex**

AWP France SAS dispose de moyens informatiques destinés à gérer les prestations d'assistance du présent contrat.

Les informations enregistrées sont réservées aux gestionnaires des prestations d'assistance et sont susceptibles d'être communiquées à des sous-traitants, situés dans ou hors de l'Union Européenne.

Dans le cadre de sa politique de maîtrise des risques et de la lutte anti-fraude, AWP France SAS 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.

b) 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, le Bénéficiaire peut adresser une réclamation à :

AWP France SAS
Service Traitement des Réclamations
TSA 70002
93488 SAIN 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 AWP France SAS le tiendrait informé.

c) Autorité de contrôle

Les entreprises qui accordent les prestations prévues par la présente Convention sont soumises à l'Autorité de Contrôle des Assurances et Mutuelles sise au 4, PLACE DE BUDAPEST - CS 92459 - 75436 PARIS CEDEX 09 Paris France.

ASSU 2000
Service Consommateurs
40 avenue de Bobigny
93130 Noisy-le-Sec

Pour connaître l'adresse de l'agence la plus proche de chez vous :

01 48 10 15 00
ou
www.assu2000.fr

