

# Notice d'Information valant Conditions Générales COVER SANTE ACTIF

Réf : NI - COVER SANTE ACTIF INSCOV1/MINSCOV1\_01/2021

Le Contrat collectif à adhésion facultative **Cover Santé Actif**

n° INSCOV1/MINSCOV1 est un produit d'assurance complémentaire santé :

- **Souscrit** par : L'ASP, Association des Adhérents Santé et Prévoyance ; inscrite sous le N° W861007237  
15 Boulevard Sadi Carnot - 86100 CHATELLERAULT
- **Auprès** de la société d'assurance : **INSUREM INSURANCE LIMITED** - 71 Tower Road, SLIEMA, MALTE - Registre des sociétés maltaises sous le n° C91883, agissant en Libre Prestation de Services,
- **Distribué** par : **Coverity** - SAS au capital de 100 000 € - 92-98 Rue Victor Hugo 92110 Clichy - RCS NANTERRE 812 413 656 - Courtier en assurance immatriculé à l'ORIAS sous le n°15004853 ([www.orias.fr](http://www.orias.fr))
- Et dont la gestion des adhésions, des cotisations et des sinistres est confiée par l'Assureur à : **CERGAP** - SAS au capital de 240 000 euros - 7 rue Jean Perrin - 28633 GELLAINVILLE CEDEX - RCS Chartres 478 989 833 - Courtier en assurance immatriculé à l'ORIAS sous le n°19 007 540 ([www.orias.fr](http://www.orias.fr))

L'Association ASP est une association souscriptrice qui a pour objet de conclure en faveur de ses membres des contrats d'assurance de groupe auprès d'organismes assureurs. En sa qualité de souscriptrice, elle veille à la bonne exécution des conventions et les adapte en fonction des intérêts de ses membres. Chaque membre de l'association dispose d'un droit de vote à l'assemblée générale.

Le contrat d'assurance complémentaire **Cover Santé Actif** a été négocié auprès de l'Assureur, par l'A.S.P. qui le commercialise à titre exclusif via COVERITY qui possède son propre réseau d'intermédiaires d'assurances partenaires.

Le contrat d'assurance complémentaire **Cover Santé Actif** prend effet à compter du 01/09/2020 et a pour objet de vous garantir le remboursement de frais médicaux, chirurgicaux et / ou d'hospitalisation, constatés médicalement et ayant fait l'objet d'un remboursement préalable au titre de votre Régime obligatoire, occasionnés par l'un des événements suivants :

- Maladie
- Accident
- Maternité

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

Les remboursements sont fonction des garanties choisies et indiquées au certificat d'adhésion. Ils ne peuvent en aucun cas être supérieurs aux dépenses réelles.

Le contrat n° INSCOV1/MINSCOV1 entre dans le cadre fiscal des dispositions de la loi n° 94 - 126 du 11 février 1994 (dite loi Madelin).

Les dispositions de la notice d'information qui suivent s'appliquent au contrat INSCOV1/MINSCOV1.

Dans le cadre de votre adhésion au contrat **Cover Santé Actif**, vous bénéficiez de garanties d'assistance souscrites par l'Association A.S.P.

En cas de résiliation du Contrat collectif entre l'Association ASP et l'Assureur :

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

L'Association ASP et l'Assureur peuvent d'un commun accord réviser les garanties et le tarif d'un ou plusieurs des contrats souscrits. Toute modification des droits et obligations des Adhérents sera portée par écrit à la connaissance de l'ensemble des adhérents, selon les dispositions de l'article L. 141-4 du Code des assurances.

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

**Votre adhésion au Contrat Cover Santé Actif est :**

- Régie par le droit français et, plus particulièrement, par le Code des assurances français ;
- Soumis à la langue française pendant toute la durée de votre adhésion.
- Constituée des éléments suivants :

- La présente Notice d'information qui définit les conditions d'application de votre adhésion au Contrat, expose l'ensemble des garanties proposées et pouvant être souscrites. Elle vous informe sur les risques non couverts et vous indique également la marche à suivre pour obtenir les prestations.
- Le Document d'informations sur le Produit d'Assurances qui vous résume les principales clauses de la Notice d'information.
- Le Certificat d'adhésion qui précise notamment les différentes dispositions personnelles de votre adhésion, les personnes assurées, la formule assurée, l'étendue et les modalités des garanties effectivement souscrites.
- Le tableau des garanties qui précise les dépenses de santé assurées et le montant de la participation correspondante.

## 1. LES DEFINITIONS

### *Accident*

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

### *Acte de terrorisme*

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

1° Les atteintes volontaires à la vie, les atteintes volontaires à l'intégrité de la personne, l'enlèvement et la séquestration

ainsi que le détournement d'aéronef, de navire ou de tout autre moyen de transport, définis par le livre II du présent code ;

2° Les vols, les extorsions, les destructions, dégradations et détériorations, ainsi que les infractions en matière informatique définis par le livre III du présent code ;

3° Les infractions en matière de groupes de combat et de mouvements dissous définies par les articles 431-13 à 431-17 et les infractions définies par les articles 434-6 et 441-2 à 441-5 ;

4° Les infractions en matière d'armes, de produits explosifs ou de matières nucléaires définies par le I de l'article L. 1333-9, les articles L. 1333-11 et L. 1333-13-2, le II des articles L.1333-13-3 et L. 1333-13-4, les articles L. 1333-13-6, L. 2339-2, L. 2339-5, L. 2339-8 et L. 2339-9 à l'exception des armes de la 6e catégorie, L. 2339-14, L. 2339-16, L. 2341-1, L. 2341-4, L. 2341-5, L. 2342-57 à L. 2342-62, L. 2353-4, le 1° de l'article L. 2353-5 et l'article L.2353-13 du Code de la défense ;

5° Le recel du produit de l'une des infractions prévues aux 1° à 4° ci-dessus ;

6° Les infractions de blanchiment prévues au chapitre IV du titre II du livre III du présent code ;

7° Les délits d'initié prévus à l'article L. 465-1 du Code monétaire et financier.

#### **Adhérent ou Vous**

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

#### **Adhésion à distance**

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

#### **Age**

L'âge de l'Assuré est calculé par différence de millésimes, entre l'année de l'adhésion en cours considérée et l'année de naissance. Exemple : Un Assuré souscrivant son adhésion à compter du 1er février 2020, né le 2 août 1975, sera considéré avec un âge de 45 ans (2020 - 1975 = 45), et lors du renouvellement de son adhésion à date anniversaire, avec un âge de 46 ans en 2021.

#### **Assuré ou Bénéficiaire**

Désigne toute personne inscrite au Certificat d'Adhésion, bénéficiaire d'un Régime de Sécurité Sociale, à savoir l'Adhérent, son Conjoint et/ou ses Enfants.

#### **Assureur ou Nous**

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

#### **Attentat**

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

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

#### **Avenant**

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

#### **Base de remboursement (BR)**

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

On parle de Tarif de convention (TC), Tarif d'autorité (TA) et de

Tarif de responsabilité (TR) - voir définitions ci-dessous.

#### **Catégories de médecin**

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

#### **Médecin conventionné en secteur 1**

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

#### **Médecin conventionné en secteur 1 avec dépassement permanent (DP)**

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

#### **Médecin conventionné en secteur 2**

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

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

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

#### **Médecin non conventionné**

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

#### **Certificat d'Adhésion**

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

#### **Conjoint**

On entend par conjoint :

- L'époux (se) de l'Adhérent non divorcé(e) et non séparé(e) judiciairement ;
- Le partenaire lié par un Pacs (pacte civil de solidarité) tel que défini à l'article 515-1 du Code civil ;
- Le concubin de l'Adhérent.

En cas de concubinage, l'assureur se réserve la possibilité de demander toute preuve de vie commune.

#### **Date anniversaire de l'adhésion :**

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

#### **Date d'effet**

Date à laquelle débute l'adhésion, indiquée au Certificat d'adhésion. Elle correspond à la date d'échéance principale.

#### **Déchéance**

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

#### **Délai d'attente**

Le délai d'attente est une période décomptée à partir de la date de prise d'effet, au terme de laquelle intervient le début de la

garantie. Aucune prestation n'est due pour des frais engagés et événement survenant au cours de cette période, pendant toute la durée de l'adhésion. Le point de départ de cette période est la date d'effet indiquée au certificat d'adhésion

#### **Délégitaire**

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

Gestion des adhésions

Gestion des cotisations

Gestion des sinistres

#### **Dépassement d'honoraires**

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

#### **Domicile**

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

#### **Dossier d'adhésion**

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

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

#### **Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée (DPTAM)**

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

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

#### **Echéance**

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

#### **Echéance principale**

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

#### **Enfants**

Sont considérés comme tels les enfants à charge de l'adhérent ou de son conjoint, à condition toutefois :

- Qu'ils soient à leur charge au sens de la Sécurité sociale ou
- Qu'ils aient moins de 28 ans, et poursuivent des études scolaires ou universitaires, et soient couverts par le régime de leurs parents ou par le régime de la Sécurité sociale des étudiants, et sous réserve qu'ils n'exercent pas une profession à temps complet ou
- Qu'ils aient moins de 26 ans, et qu'ils soient en apprentissage ou entrés dans le cadre des contrats de formation, jusqu'au terme de leur cursus, et perçoivent dans tous les cas une rémunération maximum de 55% du Smic (salaire minimum interprofessionnel de croissance) ;
- Ou quel que soit leur âge, s'ils perçoivent une des allocations pour adultes handicapés (loi du 30 juin 1975), sous réserve que cette allocation leur ait été attribuée avant leur 21<sup>ème</sup> anniversaire.

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

#### **Forfait annuel**

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

#### **Franchise médicale**

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

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

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

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

#### **Hospitalisation**

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

#### **Long séjour**

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

#### **Maladie**

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

#### **Nomenclatures des actes de la Sécurité sociale**

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

#### **Nullité**

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

#### **Parcours de soins**

Il consiste à déclarer un médecin traitant auprès de l'assurance maladie obligatoire et à le consulter en priorité ou à consulter un médecin correspondant sur orientation du médecin traitant. Certains médecins spécialistes peuvent être consultés sans pour autant passer par le médecin traitant, il s'agit des gynécologues, ophtalmologues, stomatologues et pour les bénéficiaires âgés de 16 à 25 ans des psychiatres et neuro psychiatres.

#### **Plafond annuel de remboursement**

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

sur l'autre.

### **Participation forfaitaire**

En vigueur depuis le 1er janvier 2005, la participation forfaitaire est une somme de 1 euro laissée à la charge du patient pour tous les actes et consultations réalisés par un médecin, ainsi que pour tous les actes de biologie et de radiologie. Cette participation est due par tous les assurés sociaux à l'exception :

- des enfants de moins de 18 ans ;
- des femmes enceintes à partir du 6ème mois de grossesse ;
- et des bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) ou de l'Aide médicale de l'État (AME).

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

### **Période de garantie**

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

### **Régime obligatoire - RO**

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

### **Résiliation**

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

### **Service Hospitalier Spécialisé**

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

### **Sinistre**

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

### **Tarif d'autorité - TA**

Tarif forfaitaire servant de base de remboursement au Régime obligatoire pour les actes pratiqués par des professionnels de santé non conventionnés avec l'assurance maladie obligatoire.

### **Tarif de convention - TC**

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

### **Tarif de responsabilité - TR**

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

### **Ticket modérateur - TM**

Différence entre les tarifs de base (TC, TA, BR, TR) pris en compte par le Régime obligatoire et le remboursement effectué par ce dernier.

### **Transport**

Le transport sanitaire du malade ou de l'accidenté de son domicile ou du lieu de l'accident à l'hôpital (ou à la clinique) le (ou la) plus proche. L'assuré garde le libre choix de l'établissement hospitalier.

## **2. LE FONCTIONNEMENT DE VOTRE ADHESION**

### **2.1 Les conditions d'adhésion**

Pour adhérer au Contrat, vous devez :

- Être membre de l'Association A.S.P.
- Résider en France, ou dans un département d'Outre-Mer,
- Être majeur civilement responsable,
- Être affilié auprès d'un Régime obligatoire en tant qu'assuré social ou ayant droit et vous engager à être à jour, pendant toute la durée de votre adhésion au contrat, de vos cotisations auprès des régimes obligatoires de base,
- Être âgé entre 18 ans et 80 ans à l'adhésion.

En cas de non-respect de ces dispositions, vous vous exposez à ce que la nullité de votre adhésion au Contrat **Cover Santé Actif** soit prononcée.

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

### **2.2 La demande d'adhésion**

Quel que soit le mode d'adhésion au Contrat, vous devez **remplir, dater et signer** une demande d'adhésion comportant :

- Les garanties choisies,
- Des indications relatives à la situation personnelle et professionnelle des personnes à assurer.

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

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

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

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

### **2.3 Les modalités d'adhésion**

L'adhésion au Contrat **Cover Santé Actif** s'effectue selon l'une des modalités proposées et mises à disposition par Coverity :

#### **2.3.1 Adhésion par voie postale sur support papier**

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

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

#### **2.3.2 Adhésion par voie téléphonique (par enregistrement)**

L'adhésion est réalisée sur la base des renseignements que vous fournissez, lors des différents entretiens téléphoniques, en réponse à la demande d'adhésion qui vise à recueillir les éléments permettant votre identification et l'évaluation du

risque à assurer. Après accord de votre part sur les conditions et caractéristiques de votre adhésion au contrat **COVER SANTE ACTIF**, et acceptation de l'assureur via COVERITY, vous recevez par voie postale ou électronique votre dossier d'adhésion. Vous avez également la possibilité d'imprimer l'intégralité des documents sur le site, via votre espace personnel mis à votre disposition auprès de CERGAP.

Il est précisé que COVERITY s'engage à respecter en tous points l'Avis du Comité consultatif du secteur financier sur le démarchage téléphonique en assurance du 19 novembre 2019. Vous avez également la possibilité d'imprimer l'intégralité des documents, via votre espace personnel accessible sur [www.cergap.fr](http://www.cergap.fr).

### 2.3.3 Adhésion par voie électronique

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

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

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

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

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

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

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

L'Adhérent, l'Assureur et Coverity conviennent qu'un document électronique peut constituer un mode de preuve au même titre qu'un support papier et ce, quand bien même,

la preuve apportée par l'Adhérent consisterait en un document établi sur support papier.

## 2.4 Vos déclarations

### 2.4.1 À l'adhésion

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

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

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

### 2.4.2 En cours d'adhésion

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

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

Si les éléments modifiés constituent :

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

Les déclarations en cours de Contrat doivent être faites par lettre recommandée ou envoi recommandé électronique adressé à CERGAP - 7 rue Jean Perrin BP 20007 - LUISANT 28633 GELLAINVILLE CEDEX, dans un délai de 15 jours à partir du moment où vous en avez eu connaissance, sous peine des sanctions prévues par le Code des assurances.

### 2.4.3 La validité de vos déclarations

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

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

### 2.4.4 Les conséquences de la fausse déclaration

Toute réticence, fausse déclaration intentionnelle, toute omission ou déclaration inexacte entraîne l'application des sanctions prévues par le Code des assurances :

- article L. 113-8 - Nullité du contrat ;

- article L. 113-9 – Réduction des indemnités.

## 2.5 Le choix de la formule de garanties

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

Au moment de l'adhésion, vous avez la possibilité de choisir la formule de garanties la mieux adaptée à votre situation. Votre choix devra être reporté sur votre bulletin d'adhésion et vaudra tant pour vous-même que pour votre Conjoint/Enfants à charge s'il est ayant droit de votre adhésion.

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

### 2.6.1 La date de conclusion de l'adhésion

La date de conclusion de l'adhésion est fixée :

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

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

### 2.6.2 La date de prise d'effet

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

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

## 2.7 Les délais d'attente

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

- Frais chambre particulière en cas d'hospitalisation en secteur spécialisé ou en Centre Hospitalier Spécialisé (hors hospitalisation pour cause accident) - 60 jours
- Frais de lit accompagnement en cas de parent malade de plus de 80 ans (hors hospitalisation pour cause accident) - 60 jours
- Certaines garanties sont limitées pour une période de temps. Celles-ci sont spécifiées dans la section 4.2.

## 2.8 La durée de l'adhésion et des garanties

### 2.8.1 Durée de l'adhésion

Votre adhésion est conclue pour une durée d'un (1) an à compter de la date d'effet des garanties. Elle est ensuite tacitement reconduite jusqu'à l'échéance suivante, sauf résiliation dans les conditions mentionnées à l'article 2.10 Résiliation de l'adhésion au contrat.

### 2.8.2 Durée des garanties

Les garanties cessent :

- Pour tous les Assurés, à la date de la fin de l'adhésion.

- A la date à laquelle l'Assuré ne bénéficie plus d'un Régime de Sécurité Sociale.

## 2.9 La suspension des garanties

### 2.9.1 Votre adhésion et les garanties qui y sont attachées sont suspendues en cas de :

- Non-paiement des cotisations selon les dispositions prévues par le Code des assurances et conformément aux dispositions de l'article 2.11.5 ci-après ;
- A la demande de l'Assuré, en cas de séjour de plus de 2 mois consécutifs hors de France et pour un maximum de 6 mois.

### 2.9.2 En cas de suspension, l'adhésion et les garanties reprennent effet le lendemain du jour où :

- Les cotisations arriérées, celles venant à échéance, les éventuels frais de poursuite et de recouvrement ont été payés en cas de non-paiement
- L'Assuré a déclaré à l'Assureur qu'il est revenu vivre en France après un séjour de plus de 2 mois consécutifs et de moins de 6 mois consécutifs en dehors du territoire français.

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

## 2.10 La résiliation de l'adhésion au contrat

### 2.10.1 Par l'Adhérent

L'adhésion peut être résiliée par l'Adhérent :

- A chaque échéance anniversaire de l'adhésion, et à l'issue de la première année (12 mois complets d'assurance), par lettre recommandée avec accusé de réception moyennant un préavis de deux mois.
- En cas de changement ou de cessation définitive d'activité professionnelle entraînant une modification dans la nature et la portée des garanties. La résiliation doit intervenir, par lettre recommandée avec accusé de réception, dans les 3 mois suivant la connaissance de l'événement et prend effet un mois après sa notification (article L. 113-16 du Code des assurances).
- En cas de révision des cotisations selon les dispositions de l'article 2.11.3 La révision du tarif, par lettre recommandée avec accusé de réception envoyée dans le mois qui suit la date du courrier d'information envoyé par l'Assureur.
- En application de la loi 2019733 du 14/07/2019 relative au droit de résiliation sans frais des contrats de complémentaire santé, conformément à l'article L. 113-15 - 2 du code des assurances, l'Adhérent aura la possibilité de mettre un terme à son adhésion au contrat à tout moment, après 12 mois pleins d'adhésion sans aucun frais supplémentaire. La résiliation prendra effet 1 mois après réception par le centre de gestion de la demande résiliation signée par l'adhérent et adressée par le courtier. Les cotisations sont dues jusqu'à la date effective de la résiliation de l'adhésion.

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

### 2.10.2 Par l'Assureur

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

- Non-paiement des cotisations dans les conditions fixées à l'article 12.11.5 ;
- Réticence ou fausse déclaration intentionnelle du risque à l'adhésion ou en cours de contrat, avec effet immédiat ;
- Fraude ou tentative de fraude pour obtenir des prestations indues, étant précisé que l'Assuré sera déchu de tout droit à prestations en cas de déclaration de sinistre frauduleuse, avec effet immédiat.

### 2.10.3 De plein droit

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

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

### 2.10.4 Effets de la résiliation

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

### 2.10.5 Le droit de renonciation en cas de vente à distance

« Toute personne physique ayant conclu à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle un contrat à distance dispose d'un délai de 14 jours calendaires révolus pour renoncer, sans avoir à justifier de motif ni à supporter de pénalités ».

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

### 2.10.6 Point de départ du délai de renonciation

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

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

### 2.10.7 Modèle de lettre de renonciation

Je soussigné(e) (*nom et prénom de l'adhérent*), demeurant à (*domicile principal*) ai l'honneur de vous informer que je renonce à mon adhésion au Contrat **Cover Santé Actif** N° (*numéro d'adhésion*) que j'ai signé le (*date*). (*Si des cotisations ont été versées*) Je vous prie de me rembourser l'intégralité des sommes versées, déduction faite de la cotisation imputable au prorata de la *période de garantie*. (*En cas de commercialisation à distance*) Je m'engage, pour ma part, à rembourser le montant des prestations qui ont pu m'être versées. (*Indiquez le lieu, la date et votre signature*).

### 2.10.8 Conséquence de la renonciation

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

Si des cotisations ont été prélevées par l'Assureur, ce dernier s'engage à rembourser l'intégralité des sommes prélevées à

l'Adhérent, déduction faite de la cotisation imputable au prorata de la période de garantie.

## 2.11 Les cotisations

### 2.11.1 Le montant des cotisations

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

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

### 2.11.2 La variation des cotisations

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

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

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

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

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

### 2.11.3 La révision du tarif

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

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

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

### 2.11.4 Le paiement des cotisations

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

- Annuels
- Semestriels
- Trimestriels
- Mensuels (uniquement par prélèvement automatique)

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

### 2.11.5 Le non-paiement des cotisations

En cas de non-paiement d'une cotisation ou d'une fraction de cotisation à sa date d'exigibilité, conformément à l'article L.113-3 du Code des Assurances, le Contrat **Cover Santé Actif** pourra être suspendu par lettre recommandée adressée au dernier domicile connu de l'Adhérent, 30 jours après l'envoi de cette lettre. Le Contrat de l'Adhérent pourra ensuite être résilié, cette

résiliation prenant dans ce cas effet 10 jours suivant l'expiration du délai de 30 jours susvisé. La notification de cette résiliation pourra être faite à l'Adhérent dans la même lettre recommandée que celle précitée, valant première mise en demeure.

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

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

Suite aux prélèvements et à l'information par la banque d'un impayé ou d'un retard dans le paiement des cotisations, et au non-paiement des cotisations dans les délais qui lui sont impartis, l'assuré supportera les frais suivants :

- 10 euros pour un simple rappel ou le rejet du règlement par la banque pour motif imputable à l'assuré
- 15 euros en cas de mise en demeure, auxquels il convient d'ajouter le coût d'un recommandé avec accusé de réception au moment de l'envoi (tarif fixé par les services postaux).
- Les frais de poursuite et de recouvrement suite à la résiliation du contrat.

## 2.12 La prescription

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

### 2.12.1 Délai de prescription Article L. 114-1

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

- a) En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'assuré en a eu connaissance.
- b) En cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là. Quand l'action de l'assuré contre l'assureur a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'assuré ou a été indemnisé par ce dernier. La prescription est portée à dix ans dans les contrats d'assurance sur la vie lorsque le bénéficiaire est une personne distincte du souscripteur et, dans les contrats d'assurance contre les accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'assuré décédé. Pour les contrats d'assurance sur la vie, nonobstant les dispositions du 2<sup>e</sup> alinéa ci-dessus, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès de l'assuré.

### 2.12.2 Causes d'interruption de la prescription

#### Article L. 114-2

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi

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

### 2.12.3 Caractère d'ordre public de la prescription Article L. 114-3

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

### 2.12.4 Les causes ordinaires d'interruption

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

#### Article 2240 du Code civil

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

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

#### Article 2241 du Code civil

**Demande en justice**

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

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

#### Article 2242 du Code civil

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

#### Article 2243 du Code civil

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

#### Article 2244 du Code civil

**Mesure conservatoire et acte d'exécution forcée**

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

#### Article 2245 du Code civil

**Étendue de la prescription quant aux personnes**

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

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

Pour interrompre le délai de prescription pour le tout, à l'égard des autres codébiteurs, il faut l'interpellation faite à tous les

héritiers du débiteur décédé ou la reconnaissance de tous ces héritiers.

#### **Article 2246 du Code civil**

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

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

#### **Article 2233 du Code civil**

La prescription ne court pas :

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

#### **Article 2234 du Code civil**

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

#### **Article 2235 du Code civil**

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

#### **Article 2236 du Code civil**

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

#### **Article 2237 du Code civil**

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

#### **Article 2238 du Code civil**

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

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

#### **Article 2239 du Code civil**

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

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

### **2.13 La subrogation**

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

### **2.14 Les réclamations - La médiation**

#### **2.14.1 La réclamation**

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

Pour toute réclamation relative à la conclusion de l'adhésion au Contrat, l'Adhérent est invité à prendre contact avec son courtier conseil. Dans un deuxième temps il adressera sa demande à Coverity par courrier au Service RECLAMATIONS, 15 Bld Sadi Carnot 86100 Châtelleraut ou par courriel à [reclamations@coverity.fr](mailto:reclamations@coverity.fr). Coverity accusera réception de sa réclamation dans un délai de 10 jours sauf à y répondre dans ce délai, et le cas échéant, y répondra au maximum dans un délai de soixante (60) jours.

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

Si leur réponse ne vous satisfaisait pas, vous pouvez saisir la cellule Supervision Réclamation de l'Assureur à l'adresse : Supervision réclamation INSUREM - CERGAP - 7 Rue JEAN PERRIN - BP 20007 - LUISANT - 28633 GELLAINVILLE CEDEX. Pour plus de rapidité dans le traitement de votre demande, n'oubliez pas de nous communiquer :

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

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

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

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

#### 2.14.2 La médiation

En dernier recours : le Médiateur de l'Assurance

Le Médiateur de l'Assurance ne peut être saisi, directement par l'Adhérent, qu'après épuisement des procédures internes, à l'adresse suivante :

Le Médiateur de l'Assurance

TSA50110

75441 Paris cedex 09

<http://www.mediation-assurance.org>

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

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

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

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

Si vous le souhaitez, vous pouvez aussi contacter directement l'autorité d'arbitrage dont dépend la société d'Assurance (en anglais seulement) : OFFICE OF THE ARBITER FOR FINANCIAL SERVICES FIRST FLOOR  
ST CALCEDONIUS  
SQUARE FLORIANA  
FRN1530 MALTE

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

[https://financialarbiter.org.mt/en/for\\_consumers/Documents/OAFS-EN\\_Complaint\\_Form\\_2019-fillable\\_sp.pdf](https://financialarbiter.org.mt/en/for_consumers/Documents/OAFS-EN_Complaint_Form_2019-fillable_sp.pdf)

#### 2.15 L'autorité de contrôle

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

#### 2.16 La protection des données à caractère personnel

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

- L'assureur : insurem insurance limited,
- Le courtier gestionnaire : cergap,
- Le courtier distributeur : coverity

Les données collectées sont notamment utilisées pour :

- La passation, la gestion et l'exécution de votre contrat :
- Etre traitées dans le cadre de la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme, l'application des obligations réglementaires et la gestion des risques

opérationnels, notamment la fraude à l'assurance ;

- Pour, éventuellement, être croisées afin d'améliorer nos produits, d'évaluer votre situation ou la prédire et personnaliser les offres qui pourront vous être proposées.

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

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

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

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

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

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

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

Pour les demandes relatives à la souscription du Contrat, vous pouvez vous adresser au Délégué à la Protection des Données de Coverity soit par courriel à [dpo@coverity.fr](mailto:dpo@coverity.fr) soit par courrier postal à Coverity - DPO - 15 Bld Sadi Carnot 86100 Châtellerauld.

Pour les demandes relatives aux sinistres, aux cotisations et à la gestion du contrat, vous pouvez vous adresser au Délégué à la Protection des Données de CERGAP au 7 rue Jean Perrin 28633 GELLAINVILLE CEDEX. Les demandes médicales doivent être libellées à la même adresse et à l'attention du médecin-conseil.

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

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

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

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

- Pour INSUREM : <https://insurem.eu/politique-confidentialite/> .
- Pour CERGAP : [www.cergap.fr](http://www.cergap.fr)
- Pour Coverity : [www.coverity.fr](http://www.coverity.fr)

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

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

- La description de la nature de la violation de données à caractère personnel y compris, si possible, les catégories et le nombre approximatif de personnes concernées par la violation et les catégories et le nombre approximatif d'enregistrements de données à caractère personnel concernés ;
- Le nom et les coordonnées du délégué à la protection des données ou d'un autre point de contact auprès duquel des informations supplémentaires peuvent être obtenues ;
- La description des conséquences probables de la violation de données à caractère personnel ;
- La description des mesures prises ou que les responsables du traitement proposent de prendre pour remédier à la violation de données à caractère personnel, y compris, le cas échéant, les mesures pour en atténuer les éventuelles conséquences négatives.

### 3. LES GARANTIES

#### 3.1 Le cadre juridique

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

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

santé des personnes assurées.

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

**Les règles de prise en charge.**

#### 3.2 Le contrat doit :

- Prendre en charge le ticket modérateur pour tous les actes prévus à l'article R. 160-5 du Code de la Sécurité sociale, à l'exclusion :
- Des médicaments remboursés par l'assurance maladie, à hauteur de 30% ou 15 % du tarif de la Sécurité sociale ;
- Des cures thermales.
- Prendre en charge, sans limitation de durée, l'intégralité du forfait journalier hospitalier mentionné à l'article L. 174- 4 du Code de la Sécurité sociale (sauf en établissements médico-sociaux).
- Respecter le plafond prévu en cas de dépassements d'honoraires pratiqués par les médecins libéraux n'ayant pas souscrit à l'option pratique tarifaire maîtrisée(OPTAM et OPTAM-CO), anciennement libellé contrat d'accès aux soins (CAS).

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

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

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

- Ne peut pas prendre en charge la majoration du ticket modérateur de la Sécurité sociale en cas de non-respect du parcours de soins, prévue à l'article L. 162-5-3 du Code de la Sécurité sociale.
- Ne peut pas prendre en charge la contribution forfaitaire et la franchise médicale prévues aux II et III de l'article L. 160-13 du Code de la Sécurité sociale.
- Doit laisser à la charge des assurés une part forfaitaire sur le dépassement d'honoraires des spécialistes consultés en dehors du parcours de soins, prévu au point 18 de l'article L. 162-5 du Code de la Sécurité sociale.

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

#### 3.3 Ce que garantit le Contrat

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

garanties, le contrat garantit :

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

### 3.3.1 Le remboursement des frais médicaux

L'hospitalisation médicale ou chirurgicale :

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

### 3.3.2 L'hospitalisation de jour ou secteur spécialisé

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

### 3.3.3 Le dentaire

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

**Lorsque le plafond annuel de remboursement dentaire est atteint, et sous réserve que la prestation concernée soit prise en charge par le Régime Obligatoire de l'assuré, la garantie interviendra dans les conditions prévues pour les contrats responsables.**

### 3.3.4 L'optique

- les verres ;
- la monture ;
- les lentilles cornéennes remboursées ou non par la Sécurité sociale ;
- la chirurgie réfractive.

Pour répondre aux critères des contrats « responsables », la garantie Santé comprend un forfait optique dont le montant incluant le *Ticket modérateur* est mentionné au tableau des garanties. Le remboursement des frais d'optique est limité à un équipement complet (monture + 2 verres) par période de 2 ans et par bénéficiaire. La prise en charge de la monture au sein de l'équipement est limitée à 100 €.

Pour l'appréciation de la période de deux ans permettant un renouvellement, le point de départ est fixé à la date d'acquisition du dernier équipement. La période est ramenée

à un an pour les assurés de plus de 16 ans, en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une dégradation des performances oculaires ou d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières prévues par la réglementation en vigueur. Pour les assurés de moins de 16 ans, la période est ramenée à un an sauf dégradation des performances oculaires prévue par la réglementation en vigueur.

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

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

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

### 3.3.5 La médecine courante

- les consultations et visites ;
- les actes pratiqués par les auxiliaires médicaux ;
- les analyses et examens de laboratoires ;
- les actes de radiologie, d'imagerie, d'échographie ;
- les actes de spécialité : les actes techniques médicaux (ATM) ;
- les médecines douces et auxiliaires médicaux non remboursées (Ostéopathes, Acupuncteurs, Diététiciens, Chiropracteurs, Pédicures, Podologues, Homéopathes) si prescrites sur ordonnance par un médecin. (Un forfait par an et par bénéficiaire)

### 3.3.6 La pharmacie

- Les médicaments remboursés par la Sécurité sociale.
- Les prothèses et les appareillages
- Les prothèses auditives, orthopédiques et capillaires ;

### 3.3.7 Les cures thermales

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

### 3.3.8 L'aides auditives

- Aides auditives remboursées par la RO de classe 1 dans le cadre du panier de soins 100% Santé
- Aides auditives remboursées par la RO de classe 2 (à prix libre), hors panier de soins 100% Santé
- Entretien et accessoires remboursés par la Sécurité Sociale

### 3.3.9 Les soins à l'étranger

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

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

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

## 3.4 La dispense d'avance de frais (Tiers payant)

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

responsables et indiquées sur l'attestation de tiers payant. La prise en charge peut être obtenue sur simple présentation de votre attestation de tiers payant en cours de validité, sous réserve que le professionnel de santé ou l'établissement de santé accepte le tiers payant. En dehors du parcours de soins, le tiers payant n'est pas possible.

### 3.5 La modification des garanties

Les modifications de garanties à la hausse ou à la baisse ne pourront se faire qu'à la date d'échéance principale de l'adhésion.

En cas d'augmentation de garantie, les délais de carence sont réinitialisés et les plafonds dentaires de première année du nouveau niveau de garantie sont applicables.

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

### 3.6 L'étendue territoriale des garanties

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

### 3.7 Garanties d'assistance

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

Ces garanties et services sont souscrits par :

**l'Association des Adhérents Santé et Prévoyance A.S.P**

Inscrite sous le N° W861007237

15 Boulevard Sadi Carnot - 86100 CHATELLERAULT

dans le cadre d'une convention auprès de :

**FRAGONARD ASSURANCES distribué sous la dénomination commerciale « Mondial Assistance »**

SAS au capital de 7 584 076,86 €

Siège social : 7, rue Dora Maar - 93400 Saint-Ouen RCS Bobigny 490 381 753.

sous le N° 922673.

Les conditions de votre garantie assistance sont indiquées dans une notice d'information jointe au présent document.

## 4. LES EXCLUSIONS ET LIMITATIONS DES GARANTIES D'ASSURANCE

### 4.1 Les cas où la garantie ne s'exerce pas

Sont également exclus de la garantie les frais de soins résultant :

- de maladies médicalement constatées ou accidents survenus à l'occasion du service national ou de périodes militaires supérieures à un mois ;
- d'hospitalisations et séjours en établissement, centre ou service dit de long séjour ;

- de traitements esthétiques non consécutifs à un accident garanti ;
- de frais de diététique (hospitalisation et traitements) ;
- de cures de rajeunissement, sommeil et amaigrissement ainsi que leurs suites ;
- de traitements par psychanalyse ;
- de frais de voyage et de séjour en établissement thermal, en établissement médico-social, en établissement à caractère sanitaire, de vacances, en aérium, home d'enfants ;
- de la pratique des sports à titre professionnel ou à titre amateur avec compétitions au niveau national ou international ainsi que les entraînements y afférent ;
- de la pratique des sports mécaniques et aériens (ainsi que l'alpinisme et la spéléologie).
- les frais de chambre particulière et de télévision lors de séjour en Centre Hospitalier Spécialisé.

### 4.2 Les limitations de la garantie santé

- Les frais accompagnant de télévision, téléphone et internet sont pris en charge dans la limite de 20 jours par évènement.
- Pour les séjours de rééducation, convalescence, réadaptation fonctionnelle, psychiatrie ou neuropsychiatrie, la chambre particulière est limitée à 30 jours par an et par assuré. Pour les séjours de diététique, gériatrie et psychiatrie ou neuropsychiatrie, la chambre particulière n'est pas prise en charge.
- La prise en charge des honoraires de consultations de psychiatrie et de neuropsychiatrie est limitée à 6 séances ; à partir de la 7ème, seul le ticket modérateur sera remboursé.
- Les garanties d'aides auditives s'appliquent aux frais exposés pour l'acquisition d'une aide auditive par période de quatre ans par oreille et par bénéficiaire dans les conditions précisées par la liste prévue à l'article L. 165-1 du Code de la Sécurité sociale. Pour l'appréciation de la période de quatre ans permettant un renouvellement, le point de départ est fixé à la date d'acquisition du dernier équipement. Conformément à l'article R.871-2 du Code de la Sécurité sociale, le remboursement total des aides auditives de classe 2 est plafonné à 1700 € par oreille à appareiller.
- En aucun cas, le versement de prestations, même effectué à plusieurs reprises, ne saurait constituer une renonciation de l'Assureur à l'une des exclusions de garanties prévues au contrat. En aucun cas, le versement de prestations, même effectué à plusieurs reprises, ne saurait constituer une renonciation de l'Assureur à l'une des exclusions de garanties prévues au contrat.

## 5. LE REGLEMENT DES PRESTATIONS

### 5.1 La procédure simplifiée

#### La télétransmission

Dans les départements où nous avons signé un accord avec votre caisse d'assurance maladie, nous vous faisons bénéficier d'un système simplifié de remboursement de vos dépenses. Directement reliés aux services informatiques des différentes caisses, nous ferons un traitement simultané du calcul de notre

participation au remboursement des frais exposés et effectuerons le paiement correspondant. Ainsi, vous n'aurez pas à nous transmettre le décompte des prestations de votre régime obligatoire français.

Si vous ne souhaitez pas bénéficier de cette possibilité, vous devez le notifier par écrit à CERGAP.

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

### Le tiers payant

Une attestation de tiers payant est délivrée à l'adhérent lors de la mise en place des garanties afin de permettre aux assurés la dispense d'avance de frais pour les prestations indiquées sur l'attestation selon les modalités précisées. L'utilisation de l'attestation de tiers payant n'est acquise, sous peine de poursuites, que si l'adhérent est à jour de ses cotisations au jour de l'utilisation de ladite attestation. En cas d'utilisation frauduleuse de l'attestation de tiers payant, l'assureur pourra demander à l'adhérent le remboursement des sommes exposées auprès des professionnels de santé consultés.

L'adhérent qui cesse pour quelque raison que ce soit de bénéficier des garanties s'engage à restituer immédiatement son attestation en cours de validité.

## 5.2 La procédure classique

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

### 5.2.1 La médecine courante

- Les décomptes originaux des prestations du régime obligatoire

### 5.2.2 L'hospitalisation

- L'original du décompte des prestations du régime obligatoire.
- Les originaux des factures de l'établissement hospitalier, les notes d'honoraires des chirurgiens et autres frais acquittés justifiant les dépenses réelles, lorsque les frais n'ont fait l'objet d'aucun remboursement par le régime obligatoire.

### 5.2.3 L'optique

- L'original du décompte du régime obligatoire ; la facture détaillée établie par l'opticien.
- La facture détaillée acquittée établie par l'opticien pour les lentilles prescrites non remboursées.

### 5.2.4 Le dentaire

- L'original du décompte du régime obligatoire ; la facture détaillée établie par le dentiste.

### 5.2.5 La chirurgie réfractive

- La prescription médicale, ainsi que l'original de la facture détaillée de l'établissement hospitalier

### 5.2.6 Les prothèses et les appareillages

- L'original du décompte du régime obligatoire ; la facture détaillée.
- La médecine naturelle non remboursée
- Les notes d'honoraires et autres factures acquittées

justifiant les dépenses réelles ;

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

## 5.3 Le paiement des prestations

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

## 5.4 Les renseignements complémentaires

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

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

## 5.5 Le contrôle et expertise

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

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

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

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

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

## 5.6 Les délais à respecter

Les demandes de remboursement doivent parvenir à CERGAP dans un délai de deux ans suivant la date de cessation des soins, sous peine de *déchéance*. **Le délai est ramené à trois mois en cas de résiliation de l'adhésion.**

## 5.7 Les sanctions

Si l'assuré ne respecte pas un des points précédemment

énoncés, nous pouvons refuser notre remboursement.

**Coverity**, 92-98 Rue Victor Hugo 92110 Clichy, SAS au capital de 100 000 €, RCS NANTERRE 812 413 656, immatriculée à l'Orias sous le N° ORIAS 15004853.

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

**CERGAP**, 7 rue Jean Perrin 28633 GELLAINVILLE CEDEX, SAS au capital de 240 000 €, RCS Chartres 478 989 833, immatriculée à l'Orias sous le N° ORIAS 15004853.

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