

## Notice d'information relative au contrat collectif à adhésion facultative REVOLUO souscrit sous les numéros 2502 et 2503

- par Association Générale Interprofessionnelle de Solidarité (AGIS), Association loi 1901 - Siège : 7 rue Belgrand – 92300 LEVALLOIS-PERRET, ci-après désignée l'Association,
  - auprès de **CAMEIC**, société d'assurance mutuelle à cotisations variables – Siège social : 25 rue de Madrid – 75008 PARIS, ci-après désignée l'Assureur ou CAMEIC. La gestion des adhésions au contrat, par délégation de l'Assureur, est effectuée par Centre de gestion CERGAP - Société de gestion d'assurances – au capital de 240 000 € – RCS Chartres 478 989 833 00023 – Etablissement du centre de gestion: 7 rue Jean Perrin 28600 Luisant, ci-après désigné, CERGAP. Le contrat **REVOLUO** a été négocié auprès de l'Assureur et de l'Association par **CAPI FINANCE** qui le commercialise à titre exclusif via son propre réseau commercial et un réseau d'intermédiaires d'assurances partenaires.
- CAPI FINANCE** (Société de Courtage d'Assurances et de Réassurances) – SARL au capital de 21 343 Euros, enregistrée au Registre des Intermédiaires en assurance (ORIAS) sous le numéro 07 001 983 – Siège social : 72 rue du Rendez-Vous - 75012 PARIS – RCS Paris B 388 103 301, ci-après désigné « Courtier » ou « Intermédiaire d'assurance ».
- Les garanties et services d'assistance sont assurés et gérés par GA (Garantie Assistance), Société Anonyme au capital de 1 850 000 € - immatriculée sous le n° 312 517 493 RCS Paris, entreprise régie par le Code des Assurances, dont le siège social est situé 108, Bureaux de la Colline – 92210 Saint-Cloud.

## Préambule

Votre adhésion au contrat **REVOLUO** est :

- régie par les dispositions qui suivent dans le présent document et par le Code des assurances. La loi applicable est la loi française. En accord avec l'Association, et vous-même, nous nous engageons à utiliser 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 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.

## Lexique

Pour faciliter la lecture des différents documents relatifs à votre adhésion au contrat, nous avons défini ci-après certains termes utilisés dans ceux-ci.

- Accident** : Toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'assuré et provenant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure.
- Adhérent** : personne physique légalement majeure, membre de l'Association, qui signe la demande d'adhésion, acquitte les cotisations et fait ainsi accéder aux garanties du contrat. Elle est responsable de la déclaration du risque et des obligations définies au contrat.
- 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 1<sup>er</sup> février 2015, né le 2 août 1975, sera considéré avec un âge de 40 ans (2015 – 1975 = 40), et lors du renouvellement de son adhésion au 1<sup>er</sup> janvier 2016, avec un âge de 41 ans en 2016.*
- Année d'assurance** : Période s'écoulant entre deux dates anniversaires de la date d'effet des garanties. Le point de départ de cette période est la date d'effet des garanties portée au *Certificat d'adhésion* pour chaque Assuré.
- Assuré** : La (ou les) personne(s) garantie(s) dans le cadre de l'adhésion selon la formule souscrite.
- Avenant** : Modification du contrat et document matérialisant cette modification.
- Base de remboursement de la Sécurité Sociale (BR)** : Tarif sur la base duquel est calculé le remboursement effectué par le Régime obligatoire de Sécurité Sociale Française dont relève l'assuré. Ce tarif peut varier selon que le praticien est conventionné ou non conventionné. 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 et autres biens médicaux.
- Certificat d'Adhésion** : Document émis par le *Service Gestion du Délégué* en réponse à la demande d'adhésion qui précise l'ensemble des éléments individualisant l'adhésion au contrat. 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.
- Conclusion de l'adhésion** : L'adhésion est conclue par l'accord entre l'Adhérent et l'Assureur. La date de *conclusion* est indiquée au Certificat d'Adhésion.
- Conjoint** : Est considéré comme Conjoint l'époux ou l'épouse de l'Adhérent, non divorcé(e), ni séparé(e) de corps judiciairement, son cosignataire d'un pacte civil de solidarité en vigueur au cours de l'adhésion ou son (sa) concubin(e) notoire.
- Contrat d'Accès aux Soins (CAS)** : Contrat souscrit sur la base du volontariat et proposé aux médecins titulaires d'un droit de dépassement d'honoraires par lequel ils s'engagent à ne pas dépasser un taux moyen de dépassement d'honoraires. Il a pour objectif de favoriser l'accès aux soins des patients en leur permettant d'obtenir un meilleur remboursement des consultations et actes médicaux.
- Couple** : Est considéré comme couple, l'Adhérent et son conjoint.
- Date anniversaire du contrat** : date qui correspond à la date de prise d'effet du contrat (jour, mois, année). Elle peut être différente de la date d'échéance principale.
- Déchéance (perte de garantie)** : Perte des droits à l'indemnité d'assurance de l'adhérent à la suite de l'inobservation de certaines de ses obligations en cas de sinistre.
- 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.**
- Dépassement d'honoraires** : Partie des honoraires dépassant la base remboursement du Régime obligatoire.
- Echéance principale** : 1<sup>er</sup> janvier de chaque année, date à laquelle se renouvelle l'adhésion.
- Enfant à charge** : Il s'agit de votre ou de vos enfants fiscalement à votre charge, ou à celle de votre Conjoint. A compter de 21 ans les enfants sont conservés sur le contrat des parents avec une cotisation Adulte.
- Etablissements médico-sociaux** : Etablissement assurant des soins et une éducation spéciale ou professionnelle au profit des personnes âgées, des adultes ou enfants handicapés et des personnes sans domicile.
- 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.
- France** : Il s'agit de la France Métropolitaine, des départements et territoires d'outre-mer, et de la Principauté de Monaco.
- Garantie** : elle correspond aux prestations assurées dans le cadre de la formule retenue, cumulées à celles des options éventuellement souscrites, qui forment un tout indissociable et constituent ainsi la garantie.
- 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 d'entretien.

**Maladie** : Toute altération de la santé constatée par une autorité médicale compétente et qui nécessite un traitement médical ou une intervention chirurgicale.

**Maternité** : L'état de grossesse, l'interruption de grossesse, l'accouchement, les suites de couches ainsi que les complications pathologiques de ces événements.

**Moyen séjour – Soins de suite ou réadaptation (SRR)** : Unité pour les patients nécessitant des soins à leur rétablissement dans le cadre d'un traitement ou d'une surveillance médicale

**Nous** : Désigne l'Assureur.

**Nomenclatures de la sécurité sociale** : elles listent les actes et biens médicaux remboursables. Elles servent de base pour les calcul des remboursements des Régime obligatoire et complémentaire. Les nomenclatures utilisées sont la Nomenclature générale des actes Professionnels (NGAP), la Classification Commune des actes Médicaux (CCAM), la Liste de produits et Prestations (LPP) et de la Table Nationale Biologie (TNB).

**Nulité de l'adhésion** : Sanction prévue par le Code des Assurances en cas de fausse déclaration intentionnelle d'un *adhérent*. Celui-ci perd alors le bénéfice des garanties qui étaient prévues dans le cadre de l'adhésion au contrat et les cotisations, payées ou échues, sont acquises à l'Assureur à titre d'indemnité.

**Parcours de soins** : Tout assuré social ou ayant-droit âgé de plus de 16 ans doit désigner un médecin traitant, qui peut être un médecin généraliste ou un médecin spécialiste. Celui-ci centralise les informations sur son patient et l'orientera vers un spécialiste au besoin. Cette démarche assure un remboursement optimal des soins médicaux. A condition d'avoir déclaré un médecin traitant, il est possible de consulter directement certains spécialistes sans recourir à une prescription préalable du médecin traitant. Il s'agit des médecins exerçant les spécialités suivantes : l'Ophthalmologie, la Gynécologie, la Psychiatrie et Neuro Psychiatrie jusqu'à 25 ans, le Dentaire (sauf stomatologie) et la Pédiatrie. Le patient qui décide de recourir à des soins ou à des professionnels de santé en s'abstenant de solliciter son médecin traitant, lorsque la réglementation l'impose, s'expose à une baisse de ses remboursements par son Régime Obligatoire.

**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.

**Régime obligatoire (RO)** : C'est le régime obligatoire d'assurance maladie de Sécurité sociale Française dont relève l'assuré.

**Service spécialisé** : Tout séjour prescrit par un médecin pour y recevoir les soins nécessités par une maladie ou un *accident* en centre de : rééducation, convalescence, réadaptation fonctionnelle, soins de suite, diététique, sevrage thérapeutique, maison d'enfants à caractère sanitaire, maison de repos ou en secteur de psychiatrie ou neuropsychiatrie.

**Sinistre** : La réalisation d'un événement assuré. Constitue un seul et même sinistre l'ensemble des événements se rattachant à un même fait générateur.

**Souscription à distance** : La Souscription à distance désigne la souscription de l'adhésion au contrat **REVOLUO** réalisée au moyen d'une méthode de vente à distance (mailing, téléphone, Internet).

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

**Verres optiques correcteurs** : Dispositifs médicaux visant à corriger un défaut de la vision. Les verres correcteurs sont définis comme suit :

- Verres simples : verres simple foyer dont la sphère est comprise entre -6,00 et +6,00 et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4,00
- Verres complexes : foyer dont la sphère est hors zone de -6,00 à +6,00 ou dont le cylindre est supérieur à +4,00 et à verres multifocaux ou progressifs.
- Verres hypercomplexes : verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est hors zone de -8,00 à +8,00 ou à verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4,00 à +4,00.

**Vous** : Désigne l'*Adhérent*

## Art.1 - Objet du contrat

Le contrat **REVOLUO** a pour objet de permettre à l'*Adhérent* de bénéficier, durant la période de validité de son adhésion du remboursement de ses dépenses de santé suite à une maladie, une maternité, un accident ou une hospitalisation. Les prestations assurées de la formule de garantie que vous avez choisie sont définies sur votre certificat d'adhésion.

Des **Renforts Optique/Dentaire** peuvent être souscrits en option pour renforcer la **Garantie Santé** de base.

Ces renforts lorsqu'ils sont souscrits sont étendus aux membres de la famille de l'*Adhérent*.

## Art.2 – Nature des garanties du contrat

### Garanties « contrat solidaire » :

L'accès au contrat et aux garanties proposées dans le cadre des différentes formules est acquis quel que soit l'état de santé de l'Assuré, qui n'aura pas à répondre à un questionnaire de santé.

### Garanties « contrat responsable »

Les garanties des différentes formules du contrat **REVOLUO** s'inscrivent dans le cadre du dispositif législatif des contrats d'assurance visés à l'article L. 871-1 du code de la Sécurité sociale ainsi que ses décrets d'application, dont notamment :

- la prise en charge de la participation des assurés dans les conditions définies à l'article R 871-2 du code de la Sécurité sociale,
- la non prise en charge :
  - de la majoration du ticket modérateur appliquée par le Régime Obligatoire dans certaines situations,
  - du dépassement d'honoraires en cas de non-respect du parcours de soins,
  - de la participation forfaitaire,
  - des franchises médicales.

En cas d'évolutions législatives et réglementaires effectuées dans ce cadre, les garanties du contrat seront mises en conformité, après information préalable des Adhérents.

## Art.3 – Qui peut adhérer au contrat ?

Pour adhérer au contrat **REVOLUO**, vous devez :

- adhérer à l'Association,
- résider en France,
- être âgé de plus de 18 ans,
- être assujetti à un Régime Obligatoire de Sécurité sociale, en tant qu'assuré social ou ayant-droit,
- respecter les limites d'âge d'adhésion prévues à l'article 4.

**Dispositions spécifiques au contrat n° 2503 (Loi Madelin : Contrat réservé aux seuls Adhérents sous statut TNS souhaitant bénéficier de la possibilité de déductibilité fiscale des cotisations de leur régime complémentaire santé) :**

Pour adhérer à ce contrat vous devez relever du Régime Obligatoire d'assurance maladie des travailleurs non salariés 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.

## Art.4 - Personnes assurées et âge limite d'adhésion

### Personnes assurées

L'*Adhérent*, et s'ils sont désignés sur le Certificat d'Adhésion, son *conjoint*, ses *enfants ou ceux de son conjoint*. Les assurés doivent par ailleurs être affiliés auprès d'un Régime obligatoire en tant qu'assuré social ou ayant droit.

**Age limite d'adhésion** Lors de la prise d'effet des garanties

**Garanties Santé et Renforts Optique/Dentaire**

- Formules **REVOLUO 1 à REVOLUO 6** => **80 ans**.
- Formules **REVOLUO 7 et REVOLUO 8** => **70 ans**.

**Rappel** : Pour la détermination de l'âge de l'*assuré*, nous prenons celui de l'*assuré* au 31 décembre de l'année d'adhésion (Cf. définition âge au lexique).

**Tout assuré résilié dans le cadre d'une adhésion au présent contrat ne pourra être de nouveau admis que sur accord express** de l'Assureur.

## Art. 5 - Comment souscrire les garanties du contrat ?

Le client souhaitant s'assurer peut souscrire au contrat **REVOLUO** selon les modalités proposées et mises à sa disposition par le Délégué : souscription par écrit sur support papier, par téléphone avec enregistrement, ou par Internet.

## Art.6 – Les déclarations de l'Adhérent

### 6.1 – A l'adhésion

Pour souscrire l'une ou l'autre des formules de garantie proposées dans le cadre du contrat **REVOLUO**, vous devez, quel que soit le mode de souscription évoqué à l'article 5, répondre sous forme de déclaration à une demande d'information concernant la situation personnelle de la personne à assurer.

Ces déclarations seront reprises sur votre Certificat d'Adhésion et servent de base à l'établissement de votre adhésion. Elles nous permettent d'évaluer en toute connaissance de cause, notre engagement d'assurance, et de percevoir la cotisation adaptée.

### 6.2 – En cours d'adhésion

Vous devrez au plus tard dans les 15 jours :

- nous déclarer :
  - toute modification des éléments spécifiés au Certificat d'Adhésion,
  - les changements ou cessation d'affiliation d'un des assurés à un Régime Obligatoire de Sécurité sociale,
  - les changements de domicile ou la fixation du domicile en dehors de la France,
- procéder aux déclarations prévues pour tout nouvel assuré à prendre en compte dans le cadre de votre adhésion. Les conditions d'accès au contrat sont les mêmes que celles définies pour les assurés lors de l'adhésion.

#### 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

**Toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle, toute omission ou déclaration inexacte, faite lors de l'adhésion ou en cours d'adhésion, entraîne selon la situation la nullité de l'adhésion ou la réduction des prestations conformément aux dispositions du Code des assurances.**

### 6.3 - Les autres documents à nous transmettre

Pour vous apporter la qualité de service attendue concernant la gestion de votre adhésion et notamment celles relatives au versement des indemnités prévues par votre contrat et au paiement de vos cotisations, certaines informations complémentaires ou documents vous seront également demandés.

### 6.4 – 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 au Délégué 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 le Délégué ou l'Assureur en erreur sur les causes, circonstances, conséquences ou montant d'un sinistre entraîne la perte de tous droits à l'assurance.**

## Art.7 – Conclusion, effet, durée et renouvellement de l'adhésion

### 7.1 – Conclusion de l'adhésion

L'Adhérent, l'Assureur et l'Association conviennent qu'en cas de Souscription à distance, les données sous forme électronique et les enregistrements téléphoniques conservés par l'Assureur ou tout mandataire de son choix vaudront signature par l'Adhérent et lui seront opposables ; ceux-ci pourront être admis comme preuves de son identité et de son consentement relatif à la souscription de son adhésion au contrat, au contenu de celui-ci et aux moyens de paiement de la cotisation d'assurance, dûment acceptés par lui.

La souscription à l'assurance se fait lorsque la personne sollicitée par l'intermédiaire d'assurance, ayant reçu et pris connaissance de la Notice d'information d'une part, et ayant vérifié qu'elle satisfait aux conditions d'éligibilité d'autre part, donne son consentement à l'offre d'assurance.

L'adhésion au contrat est conclue et prend effet dès l'expression du consentement de l'Adhérent dans les conditions visées ci-dessous, sous réserve de l'acceptation de la souscription par l'Assureur.

- en cas de souscription par écrit sur support papier
  - à la date d'enregistrement informatique de la demande de souscription au contrat dûment complétée et signée par l'Adhérent;
- en cas de souscription sur Internet
  - à la date d'enregistrement informatique de la demande de souscription au contrat dûment complétée et signée par l'Adhérent au moyen de la procédure de souscription électronique accessible sur le site Internet du Délégué ;
- en cas de souscription à l'assurance par téléphone
  - le jour de l'entretien téléphonique, enregistré avec son consentement, au cours duquel l'Adhérent a donné son accord.

**L'Adhérent doit avoir reçu et pris connaissance de la Notice d'Information avant la conclusion de l'adhésion au contrat.**

### 7.2 – Date d'effet de l'adhésion

La date d'effet de l'adhésion est mentionnée sur le Certificat d'Adhésion ainsi que sa date de conclusion.

En cas de souscription à distance, l'adhésion peut être exécutée immédiatement et intégralement à compter de sa conclusion à la demande expresse de l'adhérent.

**La garantie souscrite prend effet dès l'encaissement effectif de la première cotisation dont la date d'exigibilité est indiquée sur le Certificat d'adhésion et après expiration des délais d'attente évoqués à l'article 9.**

### 7.3 - La durée, le renouvellement de l'adhésion

Sauf disposition contraire indiquée aux conditions particulières, l'Adhésion au contrat est conclue pour une durée d'un an à compter de sa date d'effet.

L'adhésion se renouvellera ensuite au 1er janvier de chaque année, par tacite reconduction, sauf dénonciation formulée par l'Adhérent, l'Assureur ou l'Association dans les conditions mentionnées à l'article 8.1.

**Important :** Le présent contrat étant un contrat d'assurance de groupe, il n'est pas concerné par les dispositions de la loi relative à la reconduction tacite des contrats, dite loi Chatel.

### 7.4 – La révision du contrat et de votre adhésion

Les conditions des garanties sont définies en fonction de la législation française en vigueur à la date d'émission de votre certificat d'adhésion.

En cas de modification de cette législation de nature à mettre en cause la portée des engagements réciproques, les présentes dispositions sont susceptibles d'aménagements.

Vous aurez alors la possibilité de résilier votre adhésion au plus tard dans les 30 jours suivants la date à laquelle ils auront été portés à votre connaissance. La demande de résiliation devra être adressée par lettre recommandée au Délégué . A défaut de réception de cette notification de résiliation, les nouvelles conditions de garanties seront considérées comme acceptées de votre part.

## Art.8 – Résiliation de l'adhésion

### 8.1 - L'adhésion peut être résiliée :

#### Par l'Adhérent :

- A la date anniversaire de l'adhésion, c'est-à-dire à l'issue de la première année (12 mois complets d'assurance), puis ensuite à chaque échéance principale fixée au 1<sup>er</sup> janvier.
- En cas de disparition des circonstances aggravantes mentionnées dans le contrat, si la mutuelle refuse de réduire la prime en conséquence.

#### De plein droit :

- En cas de retrait de l'agrément de l'Assureur
- En cas de décès de l'Adhérent.

#### Par l'Assureur

L'Assureur pourra mettre fin aux garanties, selon les modalités prévues par le Code des Assurances, pour les motifs suivants :

- Non-paiement des cotisations,
- Réticences ou fausse déclaration du risque à l'adhésion ou en cours d'adhésion,
- Aggravation du risque (non liée à l'état de santé), en cours de contrat si l'Assuré n'accepte pas le tarif proposé,
- Fraude ou tentative de fraude pour obtenir des prestations.

#### Contractuellement

- En cas de perte de la qualité d'assuré social de l'Adhérent, l'adhésion sera résiliée. Les autres assurés pourront continuer à être assurés s'ils en effectuent la demande.
- En fonction des options souscrites, lorsque l'Assuré atteint l'âge limite de garantie mentionné à l'article 9.

Lorsque l'un des renforts est souscrit en option, la résiliation s'effectue dans les mêmes conditions que la garantie principale.

### 8.2 - Les modalités de la résiliation

La résiliation par l'Adhérent doit être effectuée par courrier recommandé avec accusé de réception au siège de CERGAP moyennant un préavis de deux mois au moins.

La résiliation par l'Assureur sera notifiée par CERGAP à l'Adhérent par lettre recommandée à son dernier domicile connu.

### 8.3 - Les conséquences de la résiliation

Lorsque l'adhésion est résiliée, les prestations ne sont dues que pour les sinistres garantis nés et déclarés avant la prise d'effet de la résiliation.

## Art. 9 – Prise d'effet, délais d'attente, suspension et cessation des garanties

### 9.1 – Effet des garanties

La garantie débute à la date d'effet mentionnée au Certificat d'Adhésion ou à l'avenant d'adhésion, à l'égard de chacun des assurés, et après expiration des éventuels délais d'attente.

La date d'effet est fixée au plus tôt le lendemain de la demande d'adhésion.

### 9.2 - Délais d'attente

Sauf indication contraire mentionnée au *certificat d'adhésion*, les garanties du contrat ne comportent pas de délai d'attente.

### 9.3 - Suspension des garanties

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

- non paiement des cotisations selon les dispositions prévues par le Code des assurances,
- séjour hors de France de plus de 2 mois par an en une ou plusieurs périodes, ou à l'étranger dans les pays formellement déconseillés par le Ministère français des Affaires Étrangères (liste consultable auprès du Ministère des Affaires Étrangères), notamment sur son site internet.

**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 revient vivre en France après un séjour :
  - de plus de 2 mois en une ou plusieurs périodes en –dehors du territoire français ;
  - à l'étranger dans les pays formellement déconseillés par le Ministère français des Affaires Étrangères.

**La suspension des garanties entraîne pour chaque Assuré, la perte de tout droit à prestations se rapportant à des Accidents, Maladie ou Maternité survenus pendant cette période.**

### 9.4 - La cessation de la garantie

**La garantie est viagère. Elle cesse toutefois:**

- dès que l'assuré ne répond plus à la définition des personnes assurées ;
- à l'égard de chaque assuré, à la date d'effet de la résiliation de l'adhésion.

## Art.10- Cotisation

### 10.1 - La base de calcul et le montant de vos cotisations

#### En début d'adhésion :

Le montant de votre cotisation est mentionné sur le Certificat d'Adhésion. Il est déterminé en fonction de la formule de garantie choisie, de l'âge des assurés, du lieu de votre domicile, de la composition familiale et des modalités de prise en charge et bases de remboursement en vigueur du ou des Régimes obligatoires dont vous et vos bénéficiaires relevez lors de la prise d'effet des garanties.

**Cotisation Enfant :** Gratuité à partir du 3ème enfant de moins de 20 ans lorsque l'Adhérent est lui-même assuré au titre de l'adhésion. A défaut, une cotisation sera acquittée pour chaque enfant assuré de moins de 20 ans.

#### En cours d'adhésion :

Les cotisations évoluent lors de chaque renouvellement annuel de 2,50 % par an jusqu'à l'âge de 65 ans, et de 4,00 % à partir de 66 ans.

En cas d'ajout d'un nouvel assuré la cotisation en vigueur est augmentée du montant de la cotisation respective lors de la prise d'effet de sa garantie. Le montant de la cotisation sera mentionné sur le nouveau Certificat d'Adhésion ou sur l'avenant correspondant.

Votre cotisation peut varier en cas de changement du lieu de votre résidence ou du Régime Obligatoire d'un des assurés.

Pour la détermination du montant de la cotisation en fonction de l'âge, nous prenons en compte la différence de millésimes entre l'année de l'adhésion et l'année de naissance.

**Les taxes actuelles à la charge des assurés sont comprises dans la cotisation.**

### 10.2 - Evolution des cotisations

A chaque renouvellement annuel de l'adhésion,, votre cotisation pourra évoluer pour tenir compte :

- du taux d'accroissement des dépenses de santé publié par la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés,
- des résultats techniques du Contrat.

Elle pourra également évoluer immédiatement ou à l'échéance principale, en cas de modification :

- des conditions de prise en charge par la Sécurité sociale,
- des impôts et taxes qui pourraient être établis sur votre cotisation postérieurement à la souscription de votre adhésion.

Dans les cas évoqués ci-dessus le Délégué en informera les Adhérents par courrier.

### 10.3 - Le paiement de vos cotisations

Votre cotisation est annuelle et payable d'avance au Délégué. Les modalités convenues pour le paiement de la cotisation (périodicité et mode de règlement) sont mentionnées sur le Certificat d'Adhésion. Vous pouvez, sous réserve d'en faire la demande un mois au moins avant l'échéance principale, demander un changement de fractionnement de la cotisation. Cette modification prendra effet à la date du prochain renouvellement.

### 10.4 - Le non paiement de vos cotisations

**A défaut de paiement de votre cotisation ou d'une fraction de celle-ci dans les 10 jours suivant son échéance, le Délégué pourra vous adresser à votre dernier domicile connu une lettre recommandée valant mise en demeure. Vos garanties seront suspendues à l'issue d'un délai de 30 jours après l'envoi de cette lettre, et votre adhésion résiliée 10 jours après l'expiration du délai précité de 30 jours.**

**Les coûts d'établissement et d'envoi de lettre de mise en demeure sont à votre charge ainsi que les frais de poursuite et de recouvrement dont la récupération est autorisée par la loi.**

## Art.11 - Quelles sont vos garanties ?

### 11 .1-VOTRE GARANTIE SANTE

Notre participation, telle que prévue au sens du présent contrat, intervient sur les dépenses de santé engagées par l'assuré, pour des actes, produits, et matériels médicaux ou chirurgicaux prescrits entre les dates de début et de fin de sa *garantie*, pour autant que ceux-ci soient expressément mentionnés sur le tableau des *garanties* annexé au Certificat d'Adhésion pour la formule de *garantie* retenue, dans la limite des montants et participations qui sont indiqués.

Les actes, produits, et matériels médicaux ou chirurgicaux non mentionnés dans le tableau des *garanties* pour la formule de *garantie* choisie ne peuvent donner lieu à participation de notre part.

Vous ne pourrez percevoir pour vous-même ou pour les membres de votre famille *assurés*, un remboursement dont le montant cumulé à ceux perçus par le régime obligatoire et la ou les éventuelles assurances complémentaires, serait supérieur à celui des frais réellement engagés, tels qu'ils figurent sur le bordereau ou la feuille de soins de la Sécurité Sociale et le cas échéant, ou les factures des professionnels de santé lorsque les frais en cause garantis ne sont pas remboursés par le Régime Obligatoire.

L'ensemble des garanties et renforts est souscrit obligatoirement pour les mêmes niveaux pour tous les membres de la famille.

La justification des frais engagés pour les dépenses garanties s'effectue sur les bases suivantes:

#### 1. Frais faisant l'objet d'un remboursement par le régime obligatoire

Le montant est celui, tel qu'il figure :

- dans le fichier télétransmis par le centre de traitement au Délégué (procédure de télétransmission avec votre caisse obligatoire),
- ou sur les originaux de la feuille de soins ou le bordereau de remboursement établi par votre caisse obligatoire,
- et lorsque les frais ont fait l'objet d'une prise en charge par un précédent régime complémentaire, le décompte de remboursement original de ce dernier.

#### 2. Frais ne faisant pas l'objet d'un remboursement par le régime obligatoire

Le montant est celui figurant sur les factures des professionnels de santé.

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

- à la date des soins figurant sur le bordereau de remboursement du Régime Obligatoire (ou dans le fichier informatique communiqué par celui-ci);
- aux dates de prescription, de proposition, d'exécution et de délivrance pour les frais et actes non pris en charge par le Régime Obligatoire. En tout état de cause, les dates de proposition, d'exécution et de délivrance doivent se situer dans la période de garantie.

Lorsque la prestation garantie est exprimée sous la forme « par an », « par année », ou « forfait annuel » elle s'entend par année d'assurance, selon la définition qui en est précisée au lexique ci-dessus.

**Nos remboursements viennent en complément de ceux faisant l'objet d'un remboursement du Régime obligatoire de Sécurité sociale** de l'assuré (ou de tout autre organisme offrant des prestations similaires), et de ceux des éventuels organismes complémentaires auprès desquels les assurés pourraient être garantis.

Pour le remboursement des frais relatifs aux actes et biens médicaux, nous nous conformons aux dispositions de la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP), de la Classification commune des Actes Médicaux (CCAM), de la Tarification à l'Acte (T2A), de la Liste des Produits et Prestations (LPP) et de la Table Nationale de Biologie (TNB).

**Certains frais non pris en charge par le Régime obligatoire de Sécurité sociale de l'assuré** peuvent faire l'objet d'un remboursement de notre part, s'ils sont prévus dans le tableau des garanties joint au Certificat d'Adhésion .

**Cas particulier des consultations de praticiens de santé non pris en charge par le RO :** Les consultations des praticiens de santé non prises en charge par le régime de base et listées dans le tableau des *garanties* sont prises en charge dans la limite de la prestation maximum par consultation et dans la limite annuelle précisée dans la formule de *garantie* souscrite. Ces actes doivent avoir été réalisés par des praticiens diplômés d'un établissement de formation agréé par le Ministère de la Santé.

**Cas particulier du forfait Optique :** Si l'option souscrite le prévoit, 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 150 Euros. **La période de 2 ans s'apprécie à compter de la date de prise d'effet de la garantie de l'adhésion de chaque assuré.**

Par dérogation, pour les enfants mineurs ou 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.

**Bonus forfait Optique :** S'il est prévu pour la formule de garantie retenue et souscrite, à compter de la 3<sup>ème</sup> année d'assurance ou plus sans remboursement d'optique, le forfait optique de l'année en cours est majoré selon les proportions précisées dans le tableau des *garanties*. Ce report ne se cumule pas d'année en année.

**Renforts de garanties :** Les renforts sont optionnels et souscrits pour une durée minimale de douze mois. Ils comportent trois niveaux de garantie différents (Renfort Revoluo 25, Renfort Revoluo 50 et Renfort Revoluo 100) pour permettre à l'Adhérent de renforcer les garanties « Optique et Dentaire » de la formule de base choisie. Les trois niveaux de renfort ne sont pas cumulables. Les Renforts Optique et Dentaire sont indissociables.

La souscription des renforts s'effectue dans les conditions suivantes :

Renfort REVOLUO 25	Renfort REVOLUO 50	Renfort REVOLUO 100 (*)
REV 2 à REV 8	REV 2 à REV 8	REV 2 à REV 6

(\*) En cas de souscription du Renfort Revoluo 100, il est appliqué un plafond annuel de remboursements sur le poste « Dentaire » dont le montant est mentionné dans le Tableau des garanties.

L'adhésion à ces différents renforts peut se faire lors de l'adhésion ou durant la vie du contrat (dans le respect de l'Art.12 – Modification des garanties).

**Allocation Naissance :** Si elle est prévue pour la formule de garantie choisie, une allocation est versée en cas de naissance d'un enfant de l'adhérent, pour autant que son inscription en tant que nouvel assuré dans le cadre de l'adhésion, soit demandée au plus tard dans les deux mois suivant la date de naissance, et sous réserve que la mère du nouveau-né soit assurée dans le cadre de l'adhésion.

**Plafond annuel de remboursement du poste dentaire :** Selon la formule choisie, le remboursement des frais engagés pour les frais dentaires peut faire l'objet d'une limitation, appréciée par année d'assurance. Son montant est mentionné dans le tableau des garanties correspondant à la formule de garantie souscrite joint au *Certificat d'Adhésion* de l'Adhérent. **Lorsque le plafond annuel de remboursement dentaire est atteint, et sous réserve que la prestation concernée**

soit prise en charge par le Régime Obligatoire de l'assuré, la garantie interviendra à hauteur des participations minimales précisées à l'article R871-2 du Code de la Sécurité sociale.

## LES SERVICES COMPLÉMENTAIRES SANTÉ PROPOSÉS

### Tiers payant :

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

L'utilisation de la carte de tiers payant n'est acquise, sous peine de poursuites, que si l'*Adhérent* est à jour de ses cotisations au jour de l'utilisation de ladite carte. En cas d'utilisation frauduleuse de la carte de tiers payant le Délégué pourra demander à l'*Adhérent* le remboursement des sommes exposées auprès des professionnels de santé consultés.

L'*Adhérent* qui cesse pour quelque raison que ce soit de bénéficier des *garanties* s'engage à restituer immédiatement sa carte en cours de validité.

### Les Services d'Assistance Santé :

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

## Art.12 - La modification de vos garanties

Vous pourrez modifier vos garanties à chaque échéance annuelle sous réserve d'en effectuer la demande au moins deux mois avant cette date, et sous réserve de respecter les limites d'âge d'accès aux garanties fixées par l'article 4 de la présente notice d'information.

En cas d'augmentation de garantie, les plafonds dentaires éventuellement prévus du nouveau niveau de garantie sont applicables.

De même, toute modification de garantie annule le nombre d'années d'adhésion pris en compte pour l'attribution du bonus fidélité en optique.

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

## Art.13 – Les exclusions et les limitations

**IMPORTANT :** Sous réserve que la prestation concernée soit prise en charge par le Régime Obligatoire de l'assuré, la garantie interviendra à hauteur des participations minimales précisées à l'article R871-2 du Code de la Sécurité sociale en cas de :

- survenance d'un des événements mentionnés aux 13.1 et 13.2,
- dépassement des limitations de prise en charge prévues au 13.4.

### 13.1 - LES EXCLUSIONS GÉNÉRALES

Sont exclus les *accidents* ou maladies et leurs suites qui résultent :

- de la pratique par l'assuré de tout sport à titre professionnel ou de sa participation à des paris ou tentatives de record ;
- d'un état alcoolique de l'assuré caractérisé par la présence dans le sang d'un taux d'alcool pur égal ou supérieur à celui fixé par la loi régissant la circulation automobile française au moment du sinistre,
- de l'usage de stupéfiants ou substances analogues, médicaments ou traitements à des doses non prescrites médicalement,
- d'un acte intentionnel de la part de l'assuré ou de sa tentative de suicide consciente ou inconsciente ;
- de la participation active de l'Assuré à des rixes (sauf cas de légitime défense ou d'assistance à personne en danger), à des crimes ou paris de toute nature,
- d'une guerre étrangère ou civile,
- des effets directs ou indirects d'origine nucléaire ou causés par toute source de rayonnements ionisants (sauf s'il s'agit d'un dysfonctionnement ou d'une erreur de manipulation d'un instrument au cours d'un traitement auquel l'assuré est soumis à la suite d'un événement garanti).

### 13.2 - LES EXCLUSIONS RELATIVES A LA NATURE DE L'ÉTABLISSEMENT OU DU SERVICE HOSPITALIER

Nous ne garantissons pas l'indemnisation des frais-hospitaliers dans les établissements, unités ou services suivants :

- hélio-marins ou de thalassothérapie;
- *long et moyen séjour*;
- gériatrie, retraite, hospices ou les centres pour personnes âgées dépendantes,
- cures de sommeil, amaigrissement, rajeunissement, désintoxication, ainsi que leurs suites,
- établissements médico-sociaux.

En outre, nous ne remboursons pas les frais de traitement et d'intervention chirurgicale à caractère esthétique non consécutifs à un accident.

### 13.3 - LES EXCLUSIONS RELATIVES AUX FRAIS ET TRAITEMENTS SUIVANTS

Nous ne garantissons pas :

- les frais engendrés par des soins commencés ou prescrits antérieurement ou postérieurement à l'adhésion, ou pendant le délai d'attente (cf. Article 9) ;
- tous les frais facturés par les établissements ou secteurs d'établissements pour lesquels le Régime Obligatoire ne prend pas en charge les frais d'hébergement ;
- le forfait journalier en cas de séjour en unité ou centre de soins de longue durée, en établissements et services qui accueillent des personnes âgées, ainsi qu'en établissements médico-sociaux ;
- les frais de prothèses et/ou appareillages dentaires provisoires.

### 13.4 - LES LIMITATIONS DE LA GARANTIE SANTÉ

Quelle que soit la formule souscrite, des limitations de remboursements sont prévues. En conséquence, la prise en charge de l'Assureur sur la base des garanties de la formule souscrite et mentionnées dans le tableau des garanties est limitée comme suit :

- 90 jours par an et par personne pour les frais de chambre particulière lors de séjours en service spécialisé hors psychiatrie,
- 30 jours par an et par personne pour les frais de chambre particulière lors de séjours relatifs au traitement des affections mentales ou psychiatriques, avec un maximum de 90 jours pour toute la durée de vie de l'adhésion,
- 6 consultations de psychiatrie et neuropsychiatrie par an et par assuré.

**EN AUCUN CAS LE VERSEMENT DE PRESTATIONS, MÊME EFFECTUÉ À PLUSIEURS REPRISES, NE SAURAIT CONSTITUER UNE RENONCIATION DE L'Assureur À L'UNE DES EXCLUSIONS DE GARANTIES PRÉVUES AU CONTRAT.**

## Art.14 - Territorialité

La garantie du contrat s'exerce en France.

Elle s'étend pour la **Garantie santé** aux accidents et maladies, aux hospitalisations survenues à l'étranger lorsque le Régime Obligatoire de l'Assuré s'applique et que les séjours en-dehors de France ne dépassent pas 3 mois par an en une ou plusieurs périodes.

## Art.15 – Comment obtenir le règlement de vos prestations ?

### 15.1 – LES DOCUMENTS QUE VOUS DEVEZ NOUS TRANSMETTRE

#### Pour le remboursement des dépenses de santé :

Lorsque l'assuré ne bénéficie pas de la télétransmission avec sa Caisse d'Assurance Maladie, ou que nous n'avons pas effectué le règlement des frais directement au professionnel de santé, les documents à nous transmettre sont les suivants :

**Hospitalisation :** L'original du décompte de la Sécurité sociale \* ou les originaux des factures acquittées de l'établissement hospitalier et les notes d'honoraires des chirurgiens présentant la cotation détaillée des actes.

**La médecine courante, la pharmacie, les frais de transport, les prothèses et les appareillages (les prothèses auditives, les prothèses orthopédiques,...) :** L'original du décompte de la Sécurité sociale \*.

**Le dentaire :** L'original du décompte de la Sécurité sociale \*. Pour les prothèses, l'orthodontie, et les actes de dentisterie non remboursés par le Régime Obligatoire l'original de la facture détaillée acquittée de tous les actes.

**L'optique :** L'original du décompte de la Sécurité sociale \* ou la facture détaillée acquittée établie par l'opticien pour les lentilles prescrites non remboursées. En cas de renouvellement de l'équipement d'optique dans le cadre d'une évolution de la vue, le remboursement se fera sur présentation, soit de la nouvelle prescription médicale portant une correction différente de la précédente, soit de la prescription initiale comportant les mentions portées par l'opticien.

**Chirurgie réfractrice des yeux :** la prescription médicale, ainsi que l'original de la facture détaillée de l'établissement hospitalier.

**Appareillage (prothèse auditive, prothèse orthopédique, prothèse capillaire, gros appareillage) :** L'original du décompte de la Sécurité Sociale\*, ainsi que la facture détaillée acquittée.

**Forfait Cure thermale :** la facture des frais de transports (copie billet de train, avion), et des frais d'hébergement (hôtel, ou locations diverses : camping, gîte, etc.).

**Consultation de praticien de la santé non remboursée par le RO :** La note d'honoraires ou la facture détaillée justifiant la dépense réelle.

**Allocation naissance :** acte de naissance de nouveau-né ou copie du livret de famille.

\* ou l'original du décompte de remboursement de votre régime complémentaire, dans le cas où vous auriez déjà obtenu un remboursement de ce dernier.

**Si l'assuré, préalablement à sa demande de remboursement présentée au Délégué, a déjà bénéficié d'une prise en charge de ses frais par un premier organisme complémentaire, il devra, en complément des pièces et éléments mentionnés ci-dessus, communiquer le décompte original de ce régime complémentaire**

Compte tenu de la situation particulière de certains dossiers, le Délégué pourra être amené à demander aux assurés des pièces complémentaires à celles énumérées ci-dessus.

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

**Ce délai est ramené à trois mois en cas de résiliation de l'adhésion.**

### 15.2 – CONTROLE DES DEPENSES – CONTROLE MEDICAL

Nous nous réservons la possibilité de demander aux assurés :

- tous renseignements ou documents dont nous jugerions utile de disposer pour l'appréciation du droit aux prestations. Si ces documents ont un caractère médical, l'assuré peut les adresser sous pli confidentiel au Médecin Conseil du Délégué .
- de se faire examiner par un médecin de notre choix.

Toute pièce médicale doit être adressée sous pli confidentiel au Médecin-conseil du Délégué .

**L'assuré s'engage, à transmettre les documents demandés et à se soumettre aux expertises médicales jugées nécessaires par l'Assureur, sous peine d'être déchu du droit aux prestations pour l'accident ou la maladie en cause.**

### 15.3 - ARBITRAGE

En cas de désaccord d'ordre médical, entre l'assuré et nous, le différend sera soumis à une procédure d'arbitrage amiable.

Chacune des parties désignera un médecin. Si les médecins ne sont pas d'accord, ils choisiront un 3<sup>ème</sup> médecin chargé de les départager. En cas de difficulté sur ce choix la désignation sera faite par le Président du Tribunal de Grande Instance du domicile de l'Adhérent, à la requête de la partie la plus diligente.

Chaque partie paiera les frais et honoraires de son médecin, et s'il y a lieu, la moitié des frais et honoraires du 3<sup>e</sup> médecin et des frais de sa nomination.

### 15.4 - LES MODALITES DE PAIEMENT DES PRESTATIONS

#### Dépenses de santé

A l'exception des cas où nous réglons directement au professionnel de santé les dépenses engagées, le paiement des prestations est toujours établi à l'ordre de l'Adhérent pour l'ensemble des assurés et effectué en France dans la monnaie légale de l'Etat Français.

## Art.16- Prescription

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

#### Article L114-1 :

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

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

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

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

*La prescription est portée à dix ans dans les contrats d'assurance sur la vie lorsque le bénéficiaire est une personne distincte du souscripteur et, dans les contrats d'assurance contre les accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'assuré décédé.*

*Pour les contrats d'assurance sur la vie, nonobstant les dispositions du 2°, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès de l'assuré.*

#### Article L114-2 :

*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 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 L114-3 :

*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.*

## Art.17 - Subrogation

L'Assuré ou ses ayants-droit conservent leur droit de recours contre tout responsable.

Toutefois, si l'Assureur a payé une indemnité au titre des frais de soins, elle se substitue à l'Assuré dans ses droits et obligations et jusqu'à concurrence de cette indemnité, contre tout responsable.

## Art.18 - Informatique & libertés

Conformément à la loi informatique et libertés du 6.1.78 modifiée, le responsable du traitement des informations recueillies est CERGAP .

Les données sont utilisées pour la gestion et le suivi de vos dossiers par CERGAP, et l'envoi de documents concernant les produits proposés par CAPI FINANCE, destinataire, avec ses mandataires, l'Association, ses assureurs et réassureurs, de l'information. Elles sont également transmises aux destinataires habilités afin d'être traitées dans le cadre de la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme et de l'application des obligations réglementaires et de la gestion des risques opérationnels, notamment la fraude à l'assurance.

Le défaut de réponse aux informations obligatoires peut avoir pour conséquence le non traitement de votre dossier. Les données facultatives sont signalées.

Vous disposez d'un droit d'accès et de rectification des données Vous concernant, et du droit de Vous opposer à leur traitement pour un motif légitime. Veuillez adresser vos demandes à : CERGAP – Service Clients – 7 rue Jean Perrin - BP 20007 LUISANT – 28633 GELLAINVILLE CEDEX. En cas de demandes liées à des données médicales, veuillez libeller celles-ci à l'attention du Médecin conseil du Délégué. En cas de demandes liées à des données collectées afin d'être traitées dans le cadre de la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme le droit d'accès s'exerce, en application de l'article L. 561-45 du Code monétaire et financier, auprès de la Commission nationale de l'informatique et des libertés.

## Art.19 - Les réclamations - La médiation

Votre adhésion au contrat **REVOLUO** est soumise exclusivement à la compétence des tribunaux français.

### Examen des réclamations :

Si vous rencontrez des difficultés liées à l'application de votre adhésion au contrat, vous êtes invité, dans un premier temps, à prendre contact avec votre interlocuteur habituel de ou avec le service client de CERGAP – 7 rue Jean Perrin - BP 20007 LUISANT – 28633 GELLAINVILLE CEDEX.

Dans un second temps, si le différend persiste, vous devez formuler une réclamation ou signifier votre désaccord, par courrier simple adressé au Service réclamations de CERGAP à l'adresse suivante :

CERGAP - Service Réclamations – 7 rue Jean Perrin - BP 20007 LUISANT – 28633 GELLAINVILLE CEDEX

qui traitera votre réclamation le plus rapidement et le plus objectivement possible.

### Procédure de médiation :

En dernier recours, si le différend persistait après la réponse apportée, ou en cas de non réponse, vous aurez la faculté d'adresser votre réclamation directement à la l'Assureur dont les coordonnées vous seront systématiquement indiquées par le Service Réclamations en cas de refus partiel ou total de faire droit à votre réclamation.

L'Assureur traitera votre réclamation en vous apportant une réponse le plus rapidement possible. Dans sa réponse, l'Assureur indiquera les coordonnées du Médiateur qui peut être saisi après épuisement des procédures internes.

Le Médiateur ne peut être saisi si une action contentieuse a été ou est engagée.

## Art.20 - Autorité de tutelle

Pour les Sociétés d'Assurance ayant leur Siège en France, l'autorité de tutelle est l'ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution) – 61 rue Taitbout – 75436 Paris Cedex 09.

## Art.21 – Possibilité de renonciation

### 21.1 – Les possibilités de renonciation

L'adhérent dispose d'un délai de 14 jours calendaires révolus, à partir du jour de la date de conclusion de son adhésion (date indiquée sur les Dispositions Particulières), pour y renoncer, dans le cadre et dans les conditions prévus par l'article L.112-9 du code des assurances ou par les articles L.112- 2-1 du code des assurances et L.121-20-8 et suivants du Code de la consommation reproduits ci-après.

Cette renonciation doit être faite par lettre recommandée avec accusé de réception, envoyée à CERGAP - Gestion Assurances- 7 rue Jean Perrin - BP 20007 LUISANT – 28633 GELLAINVILLE CEDEX.

Elle peut être formulée suivant le modèle de lettre ci-dessous.

La résiliation de l'adhésion prendra effet au jour de la réception de la Lettre Recommandée avec accusé de réception par CERGAP .

#### **Article L.112-9-1 premier alinéa 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 14 jours calendaires révolus à compter du jour de la conclusion du contrat, sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités (...). Dès lors qu'il a connaissance d'un sinistre mettant en jeu la garantie du contrat, le souscripteur ne peut plus exercer ce droit à renonciation».*

**Dans le cas où l'adhésion a été souscrite exclusivement à distance au sens des articles L.112-2-1 du Code des Assurances et L.121-20-8 et suivants du code de la consommation :**

L'adhésion peut être exécutée immédiatement et intégralement à compter de sa conclusion (date indiquée sur les Dispositions Particulières) à la demande expresse de l'adhérent.

La cotisation, dont l'adhérent est redevable, le cas échéant, en contrepartie de l'exécution immédiate et intégrale de son adhésion avant l'expiration du délai de rétractation, est égale au prorata de la cotisation annuelle pour la période écoulée entre la date d'effet prévue lors de la conclusion de l'adhésion et la date de réception de son éventuelle renonciation.

En cas de rétractation, si des prestations ont été versées, l'adhérent s'engage à rembourser au Délégué les montants perçus dans un délai de 30 jours.

#### **Modèle de lettre de renonciation :**

*Messieurs, je soussigné (Nom et Prénom de l'Adhérent), demeurant à (domicile principal), ai l'honneur de vous informer que je renonce à mon adhésion au contrat **REVOLUO** (indiquer numéro d'adhésion), que j'ai signé le (indiquer la date) et (si des cotisations ont été perçues) vous prie de me rembourser les cotisations versées déduction faite de la cotisation au prorata de la période de garantie. Je m'engage de mon côté à rembourser le montant des prestations qui ont pu m'être versées.*

*Fait à      Le                      Signature de l'Adhérent*

### 21.2 – Les conséquences de la renonciation

#### **→ En cas d'exercice du droit à renonciation, dans le cadre de l'article L.112-9-1 du Code des Assurances :**

Dès lors qu'il a connaissance d'un sinistre mettant en jeu la garantie, l'adhérent ne peut plus exercer ce droit de renonciation. En cas de renonciation CERGAP procédera au remboursement des cotisations dans le délai de 14 jours suivant la date de résiliation, déduction faite du montant correspondant à la durée où l'adhésion a effectivement produit ses effets.

L'intégralité de la prime reste due à l'assureur, si l'adhérent exerce son droit de renonciation alors qu'un sinistre mettant en jeu la garantie de l'adhésion et dont il n'a pas eu connaissance est intervenu pendant le délai de renonciation.

#### **→ En cas d'exercice du droit à renonciation dans le cadre des articles L.112-2-1 du Code des Assurances et L.121.20-8 du Code de la consommation (commercialisation à distance) :**

En contrepartie de l'exécution immédiate et intégrale de l'adhésion avant l'expiration de ce délai de rétractation, la cotisation dont l'adhérent est redevable est égale au prorata de la cotisation annuelle pour la période écoulée entre la date d'effet prévue lors de la conclusion de l'adhésion et l'éventuelle date de réception de la rétractation.

Si des prestations ont été versées, l'adhérent s'engage à rembourser à CERGAP les montants perçus dans un délai de 30 jours.

Si des cotisations ont été perçues, CERGAP les remboursera, déduction faite de la cotisation au prorata de la période de garantie dans un délai de 30 jours.



