

# RELAXEO-2

## NOTICE D'INFORMATION CONTRACTUELLE (Valant Conditions Générales)



## I. LE PRODUIT – LE CONTRAT

**RELAXEO-2** est un contrat d'assurance complémentaire santé ayant pour objet de garantir le remboursement de frais médicaux, chirurgicaux et / ou d'hospitalisation occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident.

Les conventions n° A 7195 0001 et A 7195 0003 sont éligibles aux dispositions fiscales de la loi n° 94 – 126 du 11 février 1994 (dite loi Madelin). Les conventions n° A 7195 0002 et A 7195 0004 n'entrent pas dans ce cadre fiscal.

**Le Contrat RELAXEO-2** est un produit d'assurance souscrit auprès de :

**SwissLife Prévoyance et Santé (SLPS)**  
**S.A. au capital de 150 000 000 euros**  
**Siège social : 7, rue Belgrand • 92300 LEVALLOIS PERRET**  
**Entreprise régie par le Code des assurances 322 215 021 RCS Nanterre**

Par :

**Association APSAP (Association pour la Protection Santé Accident Prévoyance),**  
**112 avenue de Paris – CS 60002**  
**94306 Vincennes**

**Le contrat RELAXEO-2** a été développé et négocié par **AFI ASSURANCES (ci-après Meilleurtaux Santé)**, qui en accord avec l'Assureur et l'Association, le commercialise à titre exclusif via son propre réseau commercial.

**AFI ASSURANCES – SAS au capital de 10 000 €**  
**Siège social : 12 rue du Bois Guillaume • 91000 ÉVRY COURCOURONNES**  
**RCS EVRY COURCOURONNES B 404 414 583**  
**Immatriculation au registre des intermédiaires d'assurances de l'ORIAS sous le n° 07 027 969**

L'association APSAP 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 **RELAXEO-2** conclu entre l'Association APSAP et l'assureur est régi par le Code des assurances français.

Il prend effet le **01/09/2021**, et se renouvelle par tacite reconduction le 1<sup>er</sup> janvier de chaque année, sauf dénonciation par l'une des parties moyennant préavis de 3 mois.

### **En cas de résiliation du contrat entre l'Association 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 des garanties

L'Association et l'assureur peuvent d'un commun accord réviser le contrat. 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. Dans cette hypothèse, vous avez la possibilité de résilier votre adhésion sans préavis jusqu'à la date de la modification, cachet de la poste faisant foi.

Selon les termes de délégations de gestion distinctes émises dans le cadre du Contrat **RELAXEO-2**,

l'assureur a confié la gestion des adhésions à :

**AFI ASSURANCES – Meilleurtaux Santé**  
**Siège social 12 rue du Bois Guillaume – 91000 Évry Courcouronnes**  
**Désigné ci-après « le délégataire ».**

Le délégataire, dans le cadre de la Délégation de gestion des adhésions qui lui est consentie par l'Assureur, apprécie tous les risques, délivre tous certificats, reçoit tous avis et communications, perçoit toutes les cotisations, en donne quittance et adresse tous avis et lettres recommandées.

Il est également précisé à l'adhérent que la gestion et le paiement des prestations santé seront effectués par l'organisme SG Santé-**AGEO**, avec lequel collabore **Meilleurtaux Santé** :

**SG Santé**  
**Siège social : 14, rue Joliot Curie CS 30248 – 51010 CHALONS EN CHAMPAGNE CEDEX**  
**RCS Chalons en Champagne sous le n° 500 171 939**

**L'adhésion au contrat est :**

- Régie par les dispositions qui suivent et par le Code des assurances. La loi applicable est la loi française. Les parties s'engagent 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.
- **La fiche IPID** (document d'information standard sur le produit d'assurance).

# SOMMAIRE

<b>I. LE PRODUIT – LE CONTRAT</b>	<b>2</b>
<b>CHAPITRE 1: LEXIQUE</b>	<b>5</b>
<b>CHAPITRE 2: LES GARANTIES</b>	<b>10</b>
2.1 Le cadre juridique	10
2.2 L’objet du contrat	11
2.3 Ce que garantit le contrat	11
2.4 La modification des garanties	12
2.5 L’étendue territoriale des garanties	13
2.6 Tableau des garanties	13
<b>CHAPITRE 3: LE FONCTIONNEMENT DE VOTRE ADHÉSION</b>	<b>17</b>
3.1 Les personnes assurées	17
3.2 Les conditions et formalités d’adhésion	18
3.3 L’âge limite d’adhésion	18
3.4 Vos déclarations	18
3.5 Le choix de la formule de garanties	20
3.6 La conclusion et la durée de l’adhésion au contrat	20
3.7 La prise d’effet des garanties – Les délais d’attente – La cessation des garanties	20
3.8 La suspension des garanties	20
3.9 La résiliation de l’adhésion au contrat	21
3.9.4 Le droit de renonciation en cas de vente à distance	22
3.10 Les cotisations	23
3.11 La prescription	25
3.12 La subrogation	28
3.13 Examen des réclamations et procédure de médiation	28
3.13.1 Examen des réclamations	28
3.13.2 La médiation	28
3.14 L’autorité de contrôle	28
<b>CHAPITRE 4: LES EXCLUSIONS ET LIMITATIONS DE GARANTIE</b>	<b>29</b>
4.1 Les cas où la garantie ne s’exerce pas	29
4.2 Les limitations de la garantie santé	29
<b>CHAPITRE 5: LE RÈGLEMENT DES PRESTATIONS</b>	<b>29</b>
<b>CHAPITRE 6: Protection des données à caractère personnel</b>	<b>32</b>
<b>Informations relatives aux frais de gestion Swisslife</b>	<b>57</b>

## CHAPITRE 1 : LEXIQUE

**Quelques définitions pour mieux nous comprendre.**

**Pour vous faciliter la lecture de ce document, nous avons défini certains termes fréquemment utilisés.**

### Accident

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

### Adhérent

La personne adhérant à l'Association APSAP et au contrat, signant le bulletin d'adhésion. Elle est désignée au certificat d'adhésion.

### Adhésion à distance

Lorsque l'adhésion au contrat **RELAXEO-2** est réalisée au moyen d'une méthode de vente à distance.

### Assuré(s) ou Ayants droit

La ou les personne(s) garantie(s) par le contrat et désignée(s) aux certificats d'adhésion.

### Avenant

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

### Ayant-droit :

Est considéré comme ayant droit, le conjoint, l'époux ou l'épouse de l'Assuré, non divorcé, ni séparé de corps judiciairement, ou son cosignataire d'un pacte civil de solidarité, ou son concubin notoire, ses enfants, petits-enfants au sens du code civil.

Les enfants pouvant bénéficier des garanties sont ceux :

- âgés de moins de 18 ans, reconnus à sa charge ou à celle de son conjoint au sens du régime obligatoire auquel relève l'adhérent ou son conjoint,
  - o âgés de 18 à 26 ans inclus, sous réserve :
    - ⊗ qu'ils produisent un justificatif annuel de scolarité et n'exercent pas d'emploi rémunéré à caractère permanent,
    - ⊗ qu'ils soient en formation en alternance ou en contrat d'apprentissage, sous réserve de justificatif,
    - ⊗ qu'ils soient inscrits au Pôle Emploi en tant que primo demandeur d'emploi,
  - o sans limite d'âge s'il est versé l'allocation aux adultes handicapés ou l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé sous réserve que cette allocation leur ait été attribuée avant leur 21<sup>ème</sup> anniversaire.

Les ascendants, descendants ou collatéraux, à condition qu'ils soient reconnus à charge par le régime obligatoire de l'adhérent ou celui de son conjoint.

### 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) lorsque les actes sont effectués par un professionnel conventionné. Il s'agit d'un tarif résultant d'une convention signée entre l'assurance maladie obligatoire et les représentants des professions concernées par cette convention ;
- Tarif d'autorité (TA) pour les actes pratiqués par des professionnels de santé non conventionnés. Il s'agit d'un tarif forfaitaire servant de base de remboursement pour des actes pratiqués par des professionnels non conventionnés avec l'assurance maladie obligatoire. Ce tarif est très inférieur au tarif de convention ;

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

### **Catégories de médecin :**

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

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

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

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

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

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

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

#### **- Médecin conventionné ayant souscrit à l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM ou 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 émis par **Meilleurtaux Santé** qui matérialise l'acceptation de la demande d'adhésion et précise les garanties acceptées par l'assureur. Il mentionne notamment le nom de l'adhérent et des personnes assurées, la date d'effet de la garantie, la formule de garantie retenue, la date d'échéance, le montant de la cotisation à la date d'effet de la garantie.

### **Chambre particulière**

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

### **Conjoint**

#### **On entend par conjoint :**

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

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

### **Couple**

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

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

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

### **Date d'effet**

Date à laquelle débute l'adhésion, les garanties prenant effet à l'expiration du délai d'attente. Elle est indiquée au certificat d'adhésion. Elle peut être différente de 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 au cours de cette période. Le point de départ de cette période est la date d'effet indiquée au certificat d'adhésion

### **Dépassement d'honoraires**

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

### **Domicile**

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

### **Échéance**

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

### **Échéance principale**

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

### **Enfants**

Est considéré comme enfant, toute personne :

- âgés de moins de 18 ans, reconnus à sa charge ou à celle de son conjoint au sens du régime obligatoire auquel relève l'adhérent ou son conjoint,
  - o âgés de 18 à 26 ans inclus, sous réserve :
    - qu'ils produisent un justificatif annuel de scolarité et n'exercent pas d'emploi rémunéré à caractère permanent,
    - qu'ils soient en formation en alternance ou en contrat d'apprentissage, sous réserve de justificatif,
    - qu'ils soient inscrits au Pôle Emploi en tant que primo demandeur d'emploi,
  - o sans limite d'âge s'il est versé l'allocation aux adultes handicapés ou l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé sous réserve que cette allocation leur ait été attribuée avant leur 21<sup>ème</sup> anniversaire.

Les ascendants, descendants ou collatéraux, à condition qu'ils soient reconnus à charge par le régime obligatoire de l'adhérent ou celui de son conjoint.

### **Établissements médico-sociaux**

Établissement 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.

### **Franchise médicale**

En vigueur depuis le 1er janvier 2008, c'est une somme d'argent qui est déduite par la Sécurité sociale de

chacun des remboursements de l'assuré social (à l'exception des jeunes de moins de 18 ans, des bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire et de l'aide médicale de l'État, des femmes enceintes).

#### **Elle s'élève à :**

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

Ces franchises sont décomptées dans la limite d'un plafond annuel qui ne pourra pas excéder 50 euros par personne. Les franchises médicales ne sont pas prises en charge par le contrat.

#### **Honoraire limite de facturation (HLF)**

Montant maximum pouvant être facturé par un chirurgien-dentiste conventionné avec l'assurance maladie obligatoire pour un acte donné. On parle également de « tarifs plafonnés ».

#### **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

**Indexation :** Le montant de votre cotisation évolue également contractuellement, à chaque échéance principale en fonction de l'âge des assurés.

#### **Long séjour**

Service ou unité dans un hôpital ou une clinique 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.

#### **Maternité**

L'état de grossesse, l'interruption de grossesse (sauf interruption volontaire de grossesse), l'accouchement, les suites de couche ainsi que les complications pathologiques de ces événements.

#### **Moyen séjour – Soins de suite ou réadaptation (SSR)**

Service ou unité dans un hôpital ou une clinique pour les patients nécessitant des soins à leur rétablissement dans le cadre d'un traitement ou d'une surveillance médicale.

#### **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).

#### **Nous**

Désigne l'assureur mentionné au certificat d'adhésion.

#### **Nullité**

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

(article L. 113-8 du Code des assurances).

### **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.

### **Participation forfaitaire**

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

- Des enfants de moins de 18 ans ;
- Des femmes enceintes à partir du 6<sup>ème</sup> mois de grossesse ;
- Et des bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire ou de l'Aide médicale de l'État (AME).

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

### **Plafond annuel de remboursement**

Seuil limite annuel de la prise en charge de 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.

### **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.

### **Prix limite de vente**

Le prix limite de vente (PLV) d'un dispositif médical correspond au prix maximum de vente à l'assuré social. A défaut de fixation d'un prix limite de vente, le prix est libre.

### **Régime obligatoire - RO**

Il s'agit du ou des Régimes obligatoires d'assurance maladie de Sécurité sociale français auprès duquel sont respectivement affiliés l'adhérent et les assurés de l'adhésion au contrat.

### **Résiliation**

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

### **Service spécialisé**

Tout séjour à l'hôpital ou en clinique prescrit par un médecin pour y recevoir les soins nécessités par une maladie ou un accident en service ou centre tel que : rééducation convalescence, réadaptation fonctionnelle, soins de suite, diététique, sevrage thérapeutique, ou maison d'enfants à caractère sanitaire, maison de repos.

### **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.

### **Vous**

Désigne l'adhérent.

## **CHAPITRE 2 : LES GARANTIES**

### **2.1 Le cadre juridique**

#### **Les garanties du contrat sont dites « responsables ».**

Elles respectent en cela l'ensemble des conditions du cahier des charges des contrats dits « responsables et solidaires » mentionnées à l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale et ses textes réglementaires d'application dont les articles R 871-1 et 2 du même code. De ce fait, elles peuvent bénéficier des aides fiscales et sociales prévues par la législation actuelle en vigueur.

**Elles garantissent le remboursement de l'ensemble des frais médicaux et chirurgicaux ayant donné lieu à un remboursement de la Sécurité sociale** dans les conditions et limites de garanties mentionnées dans le tableau de garanties de la formule de garantie souscrite par l'adhérent et dans le respect des obligations des minima/maxima et interdictions de prise en charge des frais de santé exposés prévus dans les textes précités.

**En ce sens, il ne saurait donc être fait obstacle au remboursement de frais de santé remboursés à l'assuré par le régime de Sécurité sociale à hauteur des minimas mentionnés dans ces mêmes articles, lorsque l'adhérent a souscrit une formule de garantie dite responsable.**

#### **Rappel des interdictions de prise en charge :**

##### **Le contrat responsable :**

- 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.

**En cas d'évolutions législatives et/ou réglementaires effectuées dans le cadre du contrat responsable, 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), entraînant alors la résiliation de votre adhésion dans la mesure où le contrat est nécessairement responsable.**

## **2.2 L'objet du contrat**

Le contrat a pour objet de garantir le remboursement des dépenses de santé engagées par les personnes assurées et occasionnées à la suite d'une maladie, d'un accident ou d'une maternité.

Les frais pouvant faire l'objet d'une prise en charge partielle ou totale sont ceux exclusivement listés dans le tableau des garanties au regard de chacun des grands postes de garantie (Hospitalisation, Soins courants, Dentaire, Optique, Aides auditives, etc.).

## **2.3 Ce que garantit le contrat**

### **2.3.1. La garantie santé**

**- Les garanties du contrat garantissent le remboursement de l'ensemble des frais médicaux et chirurgicaux ayant donné lieu à un remboursement de la Sécurité sociale :**

- Dans les conditions et limites de garanties mentionnées dans le tableau de garanties de la formule de garantie souscrite par l'adhérent

- Et dans le respect des obligations des minima/maxima et interdiction de prise en charge des frais de santé exposés prévus à l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale et ses textes réglementaires d'application dont les articles R 871-1 et 2 du même code.

**- Elles peuvent également prévoir le remboursement de certains frais non pris en charge par la Sécurité sociale** à hauteur de la participation qui y est indiquée au regard de chacune des formules de garantie concernée à la condition qu'il en soit fait mention dans le tableau des garanties.

- Lorsqu'elles ne sont pas évoquées sous la forme « Remboursement intégral » ou « Frais réels », les garanties sont exprimées sous la forme de forfait (en euro) ou en pourcentage des bases de remboursement de la Sécurité sociale incluant le remboursement de la Sécurité sociale. Elles s'entendent toujours dans la limite des frais réellement engagés et des « Prix Limites de Ventes » (PLV) et « Honoraires Limites de Facturation » (HLF) déterminés par la réglementation en vigueur.

- Le versement des forfaits est effectué dans la limite des frais réellement engagés et sur justificatifs.

- Pour chaque assuré, sont couvertes les dépenses de santé engagées entre les dates d'effet et de résiliation de sa garantie. Servent de référence, la date des soins retenue par le régime obligatoire pour les actes remboursés par la Sécurité sociale, la date de prescription médicale pour les actes non pris en charge par le régime obligatoire et pour l'optique la date de facturation de l'équipement. Les dates d'exécution et de paiement des actes et travaux dentaires doivent se situer dans la période de garantie.

### **2.3.2. 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.

### 2.3.3. Les garanties annexes La garantie Assistance

En complément de la garantie principale santé du contrat les assurés bénéficient d'un ensemble de services d'assistance santé qui les accompagnent en cas de besoin. Ces garanties et services sont souscrits dans le cadre d'une convention auprès de **MUTUAIDE ASSISTANCE** sous le N°5311

**MUTUAIDE ASSISTANCE** Entreprise régie par le Code des Assurances

**S.A. au capital de 12.558.240 € entièrement versé – identifiée sous le numéro 383 974 086 Bobigny**

[www.mutuaide.fr](http://www.mutuaide.fr)

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

## 2.4 La modification des garanties

### 2.4.1. À la demande de l'adhérent :

- A l'échéance principale :

L'adhérent a la possibilité de demander un changement de niveau par écrit et au plus tard deux (2) mois avant l'échéance principale de l'adhésion.

**Toutefois, une diminution du niveau de garantie ne sera acceptée qu'après un délai de douze (12) mois d'assurance minimum suivant la date d'effet de l'adhésion ou la date d'effet d'un avenant s'il fait suite à une augmentation du niveau de remboursements.**

- Hors échéance principale :

L'adhérent a la possibilité de demander par écrit un changement de niveau de garantie à titre exceptionnel dans le cas d'un changement de situation familiale.

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

Les changements de garanties (à la hausse ou à la baisse) entraîneront un recalcul des plafonds (proratization). Pour les équipements en optique le plafond sera recalculé en tenant compte de la période des deux ans.

- Modification de la cotisation à la suite d'une évolution du niveau de garantie :

En cas de modification du niveau de garantie entraînant une évolution de la cotisation, la différence de cotisation entre l'ancienne et la nouvelle sera mentionnée dans l'avenant. S'il s'agit d'un supplément à acquitter, celui-ci devra être réglé à l'assureur ou à son gestionnaire conformément aux dispositions de l'article « COTISATIONS ». S'il s'agit d'une ristourne en faveur de l'adhérent, celle-ci lui sera réglée sous réserve de l'absence d'arriéré de prime à compenser.

### 2.4.2. À la demande de l'assureur

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

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

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

opposition formulée auprès de l'assureur dans les trente jours suivant son exécution.

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

## **2.5 L'étendue territoriale des garanties**

Les garanties d'assurance frais de santé ne bénéficient qu'aux seuls adhérents résidant à titre principal en France.

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. Les remboursements de soins à l'étranger se font à hauteur du ticket modérateur uniquement pour les actes pris en charge par la sécurité sociale française.

Le règlement des prestations est toujours effectué en France et dans la monnaie légale de l'État français.

## **2.6 Tableau des garanties**

Les remboursements exprimés en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS) incluent la prise en charge du régime de base (RB). Les montants exprimés en euros interviennent en complément de l'éventuelle part du régime de base. Les forfaits intégrant une limite annuelle s'appliquent par bénéficiaire et par année d'adhésion, soit par période de 12 (douze) mois successifs à compter de la date d'effet de la garantie.

Toutefois, pour l'équipement optique les prestations sont allouées par période de 2 ans à compter de la date d'acquisition de l'équipement optique.

Pour les aides auditives, à compter du 01/01/2021, les prestations sont limitées à un équipement tous les 4 (quatre) ans par oreille à compter de la date d'acquisition de l'aide auditive.

Les remboursements ne peuvent dépasser les frais restants à la charge du bénéficiaire des prestations. Les remboursements sont différents selon que votre praticien est adhérent ou non à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée. Les garanties s'inscrivent dans le cadre du dispositif législatif des contrats d'assurances visés à l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale dits "contrats responsables". De ce fait, le remboursement ne pourra être inférieur au ticket modérateur pour les actes visés par le 1° de l'article R871-2 du Code de la Sécurité sociale.



À partir de 18 ans  
Âge limite de souscription

NIVEAU 1	NIVEAU 2	NIVEAU 3	NIVEAU 4	NIVEAU 5	NIVEAU 6
90 ans	90 ans	85 ans	85 ans	85 ans	85 ans
F1	F2	F3	F4	F5	F6

HOSPITALISATION & MATERNITÉ <sup>(1)</sup>								
Honoraires : chirurgie, anesthésie, obstétrique (hors chirurgie dentaire) dans le cadre OPTAM ou OPTAM CO*		Année 1 & 2	100%	125%	150%	175%	200%	250%
	<b>BONUS FIDÉLITÉ</b>	Dès la 3 <sup>ème</sup> année	125%	150%	175%	225%	275%	325%
Hors OPTAM ou OPTAM CO*			100%	100%	125%	150%	175%	200%
Frais de séjour Hospitalier	En secteur conventionné		100%	100%	100%	100%	100%	100%
	En secteur non conventionné		100%	100%	100%	100%	100%	100%
Forfait journalier hospitalier <sup>(2)</sup>			Rembst intégral					
Frais de transport (sauf cures et maternité)			100%	100%	100%	100%	100%	100%
Hospitalisation à domicile			100%	100%	100%	100%	100%	100%
Chambre particulière <sup>(3)</sup>			-	40€/jour	60€/jour	70€/jour	80€/jour	100€/jour
Lit d'accompagnement, téléphone, internet, télévision (maxi 15 j/an)			15€ / jour					
MÉDECINE COURANTE								
Médecins spécialistes et généralistes - Radiologie - Imagerie - Actes techniques médicaux dans le cadre OPTAM ou OPTAM CO		Année 1 & 2	100%	125%	150%	200%	250%	300%
	<b>BONUS FIDÉLITÉ</b>	Dès la 3 <sup>ème</sup> année	125%	150%	175%	225%	275%	325%
Médecins spécialistes et généralistes - Radiologie - Imagerie - Actes techniques médicaux - hors OPTAM ou OPTAM CO			100%	100%	125%	150%	200%	200%
Analyses - examen de laboratoires			100%	100%	125%	150%	200%	200%
Auxiliaire médicaux			100%	100%	125%	150%	200%	200%
Médecine naturelle : ostéopathe, chiropracteur, étiope, homéopathe, acupuncteur, mésothérapeute, réflexologue, pédicure, podologue, diététicien, nutritionniste, naturopathe, sophrologue, tabacologue, luminothérapeute, hypnothérapeute, psychologue, sexologue (maxi 50€ / séance)			50€ / an	100€ / an	100€ / an	150€ / an	150€ / an	200€ / an
PHARMACIE								
Médicaments et homéopathie remboursés			100%	100%	100%	100%	100%	100%
Médicaments prescrits non remboursés (y compris vaccins, contraceptifs)			30 € / an	30 € / an	40 € / an	40 € / an	50 € / an	50 € / an
OPTIQUE								
Optique 100% SANTÉ*	Verres et monture classe A <sup>(a)</sup>		Rembst intégral					
	Verres classe A <sup>(a)</sup>		Rembst intégral					
Optique Hors 100% SANTÉ								
Forfait Optique, équipement complet entrant dans le cadre du panier libre <sup>(b)</sup> - Renouvellement tous les 2 ans <sup>(c)</sup>		2 verres simples, ou 1 complexe ou 1 très complexe - 1 <sup>ère</sup> et 2 <sup>ème</sup> année	100%	150 €	200 €	300 €	350 €	400 €
	<b>BONUS FIDÉLITÉ</b>	Dès la 3 <sup>ème</sup> année	100%	200 €	250 €	350 €	400 €	420 €
Forfait Optique, équipement complet entrant dans le cadre du panier libre <sup>(b)</sup> - Renouvellement tous les 2 ans <sup>(c)</sup>		2 verres complexes ou très complexes - 1 <sup>ère</sup> et 2 <sup>ème</sup> année	100%	250 €	300 €	400 €	500 €	600 €
	<b>BONUS FIDÉLITÉ</b>	Dès la 3 <sup>ème</sup> année	100%	300 €	350 €	450 €	550 €	650 €
Forfait annuel pour lentilles prescrites remboursées ou non par le RO			50€	50€	100€	100€	150€	150€
Chirurgie réfractive de l'œil, forfait par an et par œil			-	200€	250€	300€	350€	400€


 À partir de 18 ans  
Âge limite de souscription

NIVEAU 1 90 ans	NIVEAU 2 90 ans	NIVEAU 3 85 ans	NIVEAU 4 85 ans	NIVEAU 5 85 ans	NIVEAU 6 85 ans
F1	F2	F3	F4	F5	F6

**DENTAIRE (par an et par bénéficiaire)**

100%SANTÉ* Dentaire – Condition selon décret en 2020 <sup>(a)</sup>	Rembst Intégral	Rembst Intégral	Rembst Intégral	Rembst Intégral	Rembst Intégral	Rembst Intégral	
Dentaire Hors 100%SANTÉ*							
Soins dentaires remboursés par le RO	100%	150%	200%	250%	275%	300%	
Prothèses dentaires, inlays-core et implantologie remboursés par le RO	Année 1 & 2	100%	150%	200%	250%	300%	
	<b>BONUS FIDÉLITÉ</b> Dès la 3 <sup>ème</sup> année	150%	200%	250%	300%	325%	350%
Orthodontie remboursée par le RO	Année 1 & 2	100%	125%	150%	200%	250%	300%
	<b>BONUS FIDÉLITÉ</b> Dès la 3 <sup>ème</sup> année	150%	175%	200%	250%	300%	350%
Dentaire non remboursé par le RO (Implants non remboursés, orthodontie pour adulte, parodontologie)	-	150 €	200 €	250 €	300 €	350 €	
Plafond <sup>(4)</sup> de remboursement sur le poste dentaire (hors soins) y compris les prestations en 100% santé* – au-delà, la prise en charge est limitée au ticket modérateur	-	800 € / an	1.000 € / an	1.000 € / an	1.200 € / an	1.200 € / an	

**APPAREILLAGE ET PROTHÈSE**

Prothèses et appareillages (autres que dentaires et audio)	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Complément pour petit appareillage	-	50 € / an	75 € / an	100 € / an	125 € / an	150 € / an

**APPAREILLAGE AUDITIF**

100%SANTÉ* Prothèses Auditives – Conditions selon décret en 2020 <sup>(a)</sup> Aides auditives remboursées par la Sécurité sociale de Classe I entrant dans le cadre du panier de soins 100% santé* (classe I <sup>(d)</sup> remboursement renforcé) – Renouvellement tous les 4 ans <sup>(e)</sup>	Rembst Intégral	Rembst Intégral	Rembst Intégral	Rembst Intégral	Rembst Intégral	Rembst Intégral	
Hors 100% Santé : – Aides auditives remboursées par la Sécurité sociale Hors panier de soins 100% santé* (Appareil de classe II à prix libre) – Renouvellement tous les 4 ans <sup>(e)</sup> – Remboursement maximum 1700€ par oreille à appareiller <sup>(a)</sup> .	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
Forfait appareil auditif (par an)	Année 1 & 2	100 €	200 €	300 €	400 €	500 €	600 €
	<b>BONUS FIDÉLITÉ</b> Dès la 3 <sup>ème</sup> année	100 €	300 €	400 €	500 €	600 €	700 €

**PRÉVENTION ET BIEN ÊTRE**

Cure thermale prise en charge par le RO	100%	125%	150%	175%	200%	250%
Forfait supplémentaire cure thermale remboursée par le RO (y compris transport et hébergement)	-	100 €	150 €	175 €	200 €	250 €
Prise en charge de l'ensemble des actes de prévention prévus dans le cadre du contrat responsable (arrêté ministériel du 8 juin 2006)	100%	100%	100%	100%	100%	100%

**SERVICES INCLUS**

Assistance accompagnement	oui	oui	oui	oui	oui	oui
Tiers payant	oui	oui	oui	oui	oui	oui
Télémedecine	oui	oui	oui	oui	oui	oui
Réseaux de soins	oui	oui	oui	oui	oui	oui
Décompte en ligne	oui	oui	oui	oui	oui	oui

## Exclusions et limitations de garantie

(1) Pendant les 60 premiers jours suivant la date de prise d'effet de l'adhésion, les remboursements sont limités à la prise en charge du ticket modérateur uniquement et la chambre seule est exclue, sauf en cas d'hospitalisation consécutive à un accident où la garantie s'applique totalement.

(2) Illimité. Exclu pour les séjours en gérontologie, les unités de soins de longue durée (USLD), les établissements d'hébergement pour personnes âgées.

(3) Prise en charge des frais de chambre particulière :

- Limitée à 30 jours par an et par assuré en hospitalisation médicale et chirurgicale
- Limitée à 30 jours par an et par assuré pour les séjours de rééducation, convalescence et réadaptation fonctionnelle suite à une hospitalisation.
- Non garantie pour une hospitalisation en ambulatoire et les séjours en secteurs de psychiatrie ou neuropsychiatrie, diététique et gériatrie, séjours en gérontologie, les séjours en unités de soins de longue durée (USLD), les établissements d'hébergement pour personnes âgées, les établissements médicosociaux, les établissements ne relevant pas des soins de suite et de réadaptations (SSR), les séjours en milieu spécialisé (psychiatrie, cures de désintoxication en cas d'alcoolisme ou de toxicomanie), en maison de repos, de convalescence ou de rééducation (non consécutifs à une hospitalisation).

(4) Au-delà du plafond, le remboursement s'effectuera à hauteur du Ticket Modérateur, le plafond s'applique également pour les prestations entrant dans le cadre du 100% santé. Une fois le plafond dentaire atteint, le remboursement est limité comme suit :

- au ticket modérateur pour les prothèses dentaires et l'orthodontie (prise en charge du régime de base inclus) pour les actes du panier hors 100% Santé,
- la prise en charge des actes du panier 100% Santé se fera à la hauteur des frais réels, sous déduction des prises en charge du régime de base.
- Les soins dentaires ne sont pas concernés par le plafond.

### Informations 100% Santé\*

\* tels que définis réglementairement

(a) Remboursement dans la limite des prix fixés en application de l'article L.165-3 du Code de la Sécurité sociale.

(b) Les forfaits sont exprimés y compris remboursement de la Sécurité sociale.

Les remboursements intègrent la prestation d'appairage et supplément pour verres avec filtre en complément de la Sécurité sociale et à hauteur du ticket modérateur.

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

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

(d) Une aide auditive de classe I doit comporter au moins trois options de la liste A prévues par la réglementation en vigueur.

(e) Ces garanties s'appliquent aux frais exposés pour l'acquisition d'une aide auditive par période de 4 ans par oreille et par bénéficiaire dans les conditions précisées par la liste prévue à l'article L. 165-1. Pour l'appréciation de la période de quatre ans permettant un renouvellement, le point de départ est fixé à la date d'acquisition du dernier équipement. Conformément à l'article R.871-2 du Code de la Sécurité sociale, le remboursement total des aides auditives de classe 2 est plafonné à 1700 € par oreille

à appareiller.

### Informations garanties

Les garanties du contrat RELAXEO-2 décrites ci-dessous respectent l'ensemble des conditions du cahier des charges des contrats dits « responsables et solidaires » mentionnées à l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale et ses textes réglementaires d'application dont les articles R 871-1 et 2 du même code. De ce fait, elles peuvent bénéficier des aides fiscales et sociales prévues par la législation. Le contrat RELAXEO-2 s'adaptera donc automatiquement à la réforme des soins et équipements à prise en charge renforcée (dite « 100% santé\* »).

Le dispositif « 100% Santé » permet d'accéder à une offre sans reste à charge pour certaines dépenses en Dentaire, Optique et Aide auditive en fonction du calendrier défini par la réglementation.

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

Pour les actes réalisés en secteur Non Conventionné, la base de remboursement retenue est celle du Tarif d'Autorité de la Sécurité sociale.

Sauf mention contraire dans le tableau ci-dessus, les actes non pris en charge par la Sécurité sociale, qu'ils soient référencés ou non par cet organisme ne sont pas remboursés. Si leur prise en charge est expressément prévue, les actes et produits doivent être prescrits et pratiqués par un professionnel de santé diplômé d'état dans sa spécialité.

## CHAPITRE 3 : LE FONCTIONNEMENT DE VOTRE ADHÉSION

### 3.1 Les personnes assurées

Pour bénéficier des garanties vous devez :

- Adhérer à l'Association APSAP,
- Résider en France,
- Être majeur civilement responsable,
- Être assujéti à un Régime Obligatoire de Sécurité sociale français, en tant qu'assuré social ou ayant droit,
- Ne pas dépasser l'âge limite d'adhésion à la date de signature de la demande d'adhésion, l'âge étant calculé par différence entre le millésime de l'année d'adhésion et le millésime de l'année de naissance. Les âges maximums sont donnés par niveau de garanties :

Formule 1	Formule 2	Formule 3	Formule 4	Formule 5	Formule 6
90 ans	90 ans	85 ans	85 ans	85 ans	85 ans

En cas de non-respect de ces dispositions, vous vous exposez à ce que la nullité de votre adhésion au contrat **RELAXEO-2** soit prononcée.

Peuvent également être assurés au titre de votre adhésion, votre conjoint et vos enfants, ayants-droit aux prestations en nature d'un Régime d'Assurance Maladie obligatoire français. Ils sont alors inscrits au Certificat d'adhésion et désignés dans la présente notice d'information par le terme « Ayants droit ».

**Pour bénéficier de la possibilité de déductibilité fiscale des cotisations de votre régime**

**complémentaire santé (Loi Madelin – art. 154 bis du CGI), vous devez adhérer à la convention N° A 7195 0001 ou A 7195 0003** 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

### 3.2 Les conditions et formalités 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 : la formule de base et, le cas échéant la ou les formules renfort correspondantes à la formule de base (vous ne pouvez retenir une formule renfort différente de celle de la formule de base que vous aurez retenue),
- Des indications relatives à la situation personnelle des personnes à assurer. Un complément d'information peut être demandé lors de l'étude du dossier.

L'acceptation de l'adhésion est conditionnée aux réponses aux différentes demandes d'information. 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.

**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, via Meilleurtaux Santé.**

**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.**

### 3.3 L'âge limite d'adhésion

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

- 90 ans formules 1 et 2
- 85 ans formules 3 à 6

**Rappel :** Pour la détermination de l'âge de l'assuré, l'âge est calculé par différence entre le millésime de l'année d'adhésion et le millésime de l'année de naissance.

### 3.4 Vos déclarations

#### 3.4.1 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.

#### 3.4.2 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 (naissance, 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 ;

#### 3.4.3 Ajout ou sortie des ayants droits

### **À l'échéance principale :**

L'adhérent a la possibilité de demander, par écrit, l'ajout ou la sortie d'un ayant droit à la date d'échéance principale de l'adhésion, en prévenant le délégataire de gestion au plus tard deux (2) mois avant l'échéance principale de l'adhésion.

### **Hors échéance principale :**

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

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

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

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

Si la demande est formulée au-delà des délais ci-dessus, la modification de l'adhésion prendra effet à la date de réception de la demande, sous réserve de la production des pièces justificatives.

**Si un événement survient en cours d'année entraînant la perte de la qualité d'ayant droit, l'adhérent doit le déclarer par écrit dans les 15 jours suivant cet événement.** La modification de l'adhésion prendra effet, sous réserve de la production des pièces justifiant de la date de l'événement et de la fin des conditions permettant d'être désigné comme ayant droit :

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

Si des prestations ont été versées au-delà de ce délai, l'assureur ou son gestionnaire pourra demander à l'adhérent le remboursement des prestations indûment réglées pour cet ayant droit.

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

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

**Les déclarations en cours de contrat doivent être faites par lettre recommandée ou envoi recommandé électronique adressé à Meilleurtaux Santé, 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.**

#### **3.4.4 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 **Meilleurtaux Santé** 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 Meilleurtaux Santé ou l'Assureur en erreur sur les causes, circonstances, conséquences ou montant d'un sinistre entraîne la perte de tous droits à l'assurance.**

#### **3.4.5 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.**

### **3.5 Le choix de la formule de garanties**

Le contrat est composé de plusieurs formules de garanties et d'un bonus fidélité.

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 individuel d'adhésion et vaudra tant pour vous-même que pour vos ayants-droits inscrits au contrat.

Les bonus fidélités sont accessibles à compter de la 3<sup>ème</sup> année du contrat.

### **3.6 La conclusion et la durée de l'adhésion au contrat**

#### **3.6.1 La conclusion de l'adhésion**

L'adhésion au contrat est conclue par l'accord entre l'Adhérent et l'Assureur, via **Meilleurtaux Santé**.

L'acceptation de l'Assureur est matérialisée par l'émission de votre certificat d'adhésion qui indique la date d'effet de l'adhésion, la nature, l'étendue, le montant des garanties ainsi que le détail de la cotisation.

La date de conclusion de l'adhésion est celle de l'acceptation par l'Assureur qui sera indiquée sur votre certificat d'adhésion.

#### **3.6.2 La durée de l'adhésion**

L'adhésion au contrat est conclue par l'accord entre l'Adhérent et l'Assureur pour une durée annuelle.

L'adhésion se renouvelle ensuite lors de l'échéance principale chaque année, par tacite reconduction sans intervention de la part de l'Adhérent, sauf dénonciation formulée par lui-même, l'Assureur ou l'Association et, dans les conditions mentionnées à l'article 2.9. Résiliation de l'adhésion aux contrats. L'adhésion prend fin à l'extinction de la totalité de vos garanties d'assurance.

### **3.7 La prise d'effet des garanties – Les délais d'attente – La cessation des garanties**

#### **3.7.1 La prise d'effet**

**La date d'effet des garanties est indiquée au certificat d'adhésion.** L'adhésion produira ses effets le lendemain du jour du paiement de la première cotisation ou fraction de cotisation et au plus tôt 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.** Les mêmes dispositions s'appliquent à tout avenant à l'adhésion.

#### **3.7.2 Les délais d'attente**

Les garanties sont acquises immédiatement et sans délai d'attente.

Hormis sur l'hospitalisation où pendant les 60 premiers jours suivant la date de prise d'effet de l'adhésion, les remboursements sont limités à la prise en charge du ticket modérateur uniquement et la chambre seule est exclue, sauf en cas d'hospitalisation consécutive à un accident où la garantie s'applique totalement.

#### **3.7.3 La cessation des garanties**

**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,

### **3.8 La 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 (art. L 113-3

du code des assurances),

**En cas de suspension de l'adhésion, les garanties reprennent effet le lendemain à midi 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,

**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.**

### 3.9 La résiliation de l'adhésion au contrat

#### 3.9.1 Par l'Adhérent

**L'adhésion peut être résiliée :**

- A l'expiration d'un délai d'un an, moyennant le respect d'un préavis de 2 mois ; puis, ce délai d'un an passé, à la date d'échéance principale, moyennant le respect d'un préavis de 2 mois.

- À tout moment, après un an d'adhésion. La résiliation prendra effet 1 mois après réception par l'Assureur de la demande de résiliation. Les cotisations sont dues jusqu'à la date effective de la résiliation de l'adhésion.

- En cas de disparition de circonstances aggravantes mentionnées au certificat d'adhésion ou en cas de diminution du risque, si l'Assureur refuse de réduire ses cotisations en conséquence (article L. 113-4 du Code des assurances) ;

- En cas de révision des cotisations selon les dispositions de l'article 3.10.3 (de la notice d'information). La révision du tarif.

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

#### 3.9.2 Par l'Assureur

**L'adhésion peut être résiliée en cas de :**

- Non-paiement des cotisations ;

- Réticence ou fausse déclaration intentionnelle du risque à l'adhésion ou en cours de contrat ;

- Aggravation du risque en cours d'adhésion (non lié à l'état de santé), si l'Assuré n'accepte pas le tarif proposé ;

- 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 ;**

- En cas de procédure de sauvegarde (article L. 622-13 du Code de commerce), de redressement judiciaire (art. L. 631-14 du Code de commerce), ou de liquidation judiciaire (article L. 641-11-1 du Code de commerce) de l'adhérent, et dans le respect des dispositions de ces textes.

#### 3.9.3 De plein droit

- En cas de retrait de l'agrément de l'Assureur ;

- En cas de décès du membre participant. En présence d'ayants droit, les garanties sont maintenues jusqu'à la prochaine échéance de cotisation. S'ils le souhaitent, un nouveau contrat leur sera proposé, qui tiendra compte des garanties et conditions antérieures à la résiliation.

- Pour chaque assuré dans les conditions prévues à l'article 2.7.3 La cessation des garanties.

- Lorsque l'adhérent perd la qualité de résident fiscal français, ou réside en dehors du territoire français plus de 3 mois par an (en une ou plusieurs périodes).

**En cas de résiliation de l'adhésion, les prestations sont dues pour les soins et traitement en cours, jusqu'à la date d'effet de la résiliation de l'adhésion.**

#### 3.9.4 Modalités de la résiliation

L'Adhérent peut résilier son adhésion par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique

afin de conserver une preuve de sa demande, ou par tout autre moyen visé à l'article L 113-14 du code des assurances.

Adresse postale : **Meilleurtaux Santé** – 12 rue du Bois Guillaume – EVRY CEDEX

Adresse courrier électronique : [resiliationsante@meilleurtaux.com](mailto:resiliationsante@meilleurtaux.com)

### Précisions sur l'envoi recommandé électronique :

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

1° Le nom et le prénom ou la raison sociale de l'expéditeur, ainsi que son adresse électronique ;

2° Le nom et le prénom ou la raison sociale du destinataire ainsi que son adresse électronique ;

3° Un numéro d'identification unique de l'envoi attribué par le prestataire ;

4° La date et l'heure du dépôt électronique de l'envoi indiquées par un horodatage électronique qualifié tel que défini par l'article 3 du règlement (UE) n° 910/2014 mentionné ci-dessus ;

5° La signature électronique avancée ou le cachet électronique avancé tels que définis par l'article 3 du règlement (UE) n° 910/2014 mentionné ci-dessus, utilisé par le prestataire de services qualifié lors de l'envoi. »

La résiliation de l'adhésion à l'initiative de l'Assureur doit être notifiée à l'Adhérent par lettre recommandée à son dernier domicile connu.

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

Vente à distance	
<b>Définitions</b>	« Fourniture de services à un consommateur dans le cadre d'un système de vente ou de prestations de services à distance, organisé par le fournisseur ou par un intermédiaire qui, pour ce contrat, utilise exclusivement une ou plusieurs techniques de communication à distance jusqu'à, et y compris, la conclusion du contrat. »
<b>Exécution immédiate du contrat</b>	<p>Le contrat peut être exécuté immédiatement et intégralement à compter de sa conclusion à la demande expresse de l'adhérent.</p> <p>La cotisation dont l'adhérent est redevable en contrepartie de l'exécution immédiate et intégrale du contrat avant l'expiration de ce délai de rétractation est égale au prorata de la cotisation annuelle pour la période écoulée entre la conclusion du contrat et l'éventuelle rétractation.</p>
<b>Modalités et conditions de renonciation</b>	<p>L'adhérent a la faculté de renoncer à son adhésion dans un délai de 14 jours calendaires révolus à la date de conclusion du contrat (date indiquée sur le <i>certificat d'adhésion</i>). Il doit pour cela adresser à l'assureur sa demande par lettre recommandée avec accusé de réception ou sur un support durable. Le contrat ne doit pas avoir été conclu dans le cadre d'une activité professionnelle.</p>

<b>Modèle de lettre de renonciation</b>	<p>Je soussigné(e) (<i>nom et prénom de l'adhérent</i>), demeurant à (<i>domicile principal</i>) ai l'honneur de vous informer que je renonce à mon adhésion au contrat RELAXEO-2 N° (<i>numéro d'adhésion</i>) que j'ai signé le (<i>date</i>).</p> <p>(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.</p> <p>(<i>En cas de commercialisation à distance</i>) Je m'engage, pour ma part, à rembourser le montant des prestations qui ont pu m'être versées.</p> <p>(<i>Indiquez le lieu, la date et votre signature</i>).</p>
<b>Perte de la faculté de renonciation</b>	<p>Si l'adhérent a connaissance d'un sinistre mettant en jeu la garantie.</p>
<b>Conséquences de la renonciation</b>	<p>Si l'adhérent a demandé l'exécution de son adhésion dès sa conclusion, lorsque celui-ci exerce son droit de rétractation, il ne peut être tenu qu'au paiement proportionnel de la prime correspondante à la période d'assurance, à l'exclusion de toute pénalité.</p> <p>Si des cotisations ont été perçues, l'assureur les remboursera déduction faite de la cotisation au prorata de la période de garantie dans un délai de trente jours.</p>
<b>Articles du Code des assurances</b>	<p>L. 112-2-1 du Code des assurances</p>

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

### 3.10 Les cotisations

#### 3.10.1 Le montant des cotisations

Le montant de votre cotisation est mentionné sur le Certificat d'Adhésion. Il est déterminé en fonction de la formule 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.

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.

### **3.10.2 La variation des cotisations**

En sus de la clause d'indexation reprise ci-dessus, les cotisations évoluent à chaque échéance 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
- Toutes modifications législatives et réglementaires,
- En cas de changement de garanties,
- D'ajout ou sortie de bénéficiaire,
- De changement de domicile entraînant un changement de zone tarifaire.

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

Les cotisations incluent l'ensemble des taxes et contributions. Toute modification ou ajout de taxe ou contribution de toute nature impliquera sans délai une variation de cotisations, s'agissant là de dispositions impératives.

### **3.10.3 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 la prochaine échéance principale de l'adhésion dans le respect des dispositions de l'article L 141-4 du code des assurances.

Dans cette hypothèse, vous aurez la faculté de résilier votre adhésion conformément à l'article 2.9 La résiliation de l'adhésion au contrat.

### **3.10.4 Le paiement des cotisations**

Pour chaque année d'assurance, la cotisation est annuelle et payable d'avance. Nous pouvons accepter des paiements semestriels, trimestriels ou mensuels (uniquement par prélèvement automatique) ; il en est alors fait mention au Certificat d'adhésion. Le paiement ou l'encaissement de cotisations inexactes ou partielles ne sauraient valoir délivrance ou maintien des garanties.

### **3.10.5 Le non-paiement des cotisations**

Conformément à l'article L. 113-3 du Code des assurances, l'assureur peut actionner une procédure de résiliation visée à l'article 3.9.2 La résiliation de l'adhésion au contrat en cas de non-paiement d'une ou des cotisations. Si l'adhérent ne paie pas la cotisation dans les 10 jours de son échéance, l'assureur peut - indépendamment de son droit de poursuite en justice - adresser au membre participant une lettre recommandée valant mise en demeure. Faute de règlement, les garanties de l'adhésion seront alors suspendues trente jours après l'envoi de cette lettre. La suspension de garanties entraîne, pour chaque assuré, la perte de tout droit aux garanties prévues par la présente adhésion pour des événements

survenus pendant la période de suspension.

En cas de paiement de l'intégralité de la cotisation restant due dans les dix jours suivant la suspension des garanties, celles-ci seront remises en vigueur le lendemain midi du jour du paiement.

À défaut, l'adhésion sera automatiquement résiliée dix jours après l'expiration du délai de trente (30) jours précités. Dans ce cas, la portion de cotisation relative à la période postérieure à la date d'effet de la résiliation sera acquise à titre de dommages et intérêts et l'assureur pourra en poursuivre le recouvrement. S'y ajouteront les frais de recouvrement et les intérêts de retard qui seront à la charge de l'adhérent.

**En cas de mise en demeure dans le cadre du non-paiement de tout ou partie de la cotisation due par l'adhérent, des frais de poursuites et de recouvrement seront appliqués à son encontre, pour un montant forfaitaire de vingt-cinq euros.**

### 3.10.6 **Loi Madelin**

Dans le cadre du présent contrat, le travailleur non salarié, non agricole en activité peut bénéficier de la déductibilité fiscale de ses cotisations s'il remplit les conditions prévues par cette loi. Il doit notamment être à jour du paiement de ses cotisations dues au titre de son régime obligatoire, et éventuellement de celles de son conjoint et de ses enfants.

### 3.11 **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** :

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

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

- 1) En cas de réticence, omission, déclaration 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<sup>e</sup> alinéa ci-dessus, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès de l'assuré.

#### **Causes d'interruption de la prescription Article L. 114-2**

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

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

Par dérogation à l'article 2254 du Code civil, les parties au contrat d'assurance ne peuvent, même d'un

commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci.

### **Les causes ordinaires d'interruption**

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

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

#### **Article 2240 du Code civil**

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

- Demande en justice

#### **Article 2241 du Code civil**

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

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

#### **Article 2242 du Code civil**

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

#### **Article 2243 du Code civil**

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

#### **Mesure conservatoire et acte d'exécution forcée Article 2244 du Code civil**

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

#### **Étendue de la prescription quant aux personnes Article 2245 du Code civil**

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

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

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

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

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

Les causes de report du point de départ ou les causes de suspension de la prescription visées à l'article L. 114-3 du Code des assurances sont énumérées aux articles 2233 à 2239 du Code civil reproduits ci-

après dans leur version en vigueur au 1er janvier 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, arrérages de rente, pensions alimentaires, loyers, fermages, charges locatives, intérêts des sommes prêtées et, généralement, les actions en paiement de tout ce qui est payable par années ou à des termes périodiques plus courts.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### 3.12 La subrogation

En cas d'accident avec un tiers responsable, l'assureur exercera son recours conformément aux articles L. 121-12 et L. 131-2 du Code des assurances à concurrence des prestations et indemnités versées à l'assuré.

### 3.13 Examen des réclamations et procédure de médiation

#### 3.13.1 Examen des réclamations

En cas de difficulté dans l'application du contrat, le membre participant peut adresser une réclamation au travers de l'un des canaux de contacts suivants :

*Le service réclamations*

L'Adhérent peut intervenir auprès du service réclamations :

- Par courrier adressé à : **Meilleurtaux Santé**, 12 rue du Bois Guillaume, 91055 EVRY COURCOURONNES Cedex, en - précisant son numéro de contrat,
- Par e-mail adressé à [reclamationsante@meilleurtaux.com](mailto:reclamationsante@meilleurtaux.com) en précisant son numéro de contrat.
- **Meilleurtaux Santé** en accusera réception dans un délai maximum de dix (10) jours ouvrables (sauf si une réponse a pu lui être apportée au cours de ce délai) et répondra au membre participant dans un délai maximum de deux (2) mois après réception, sauf circonstances exceptionnelles qui lui seraient alors exposées.

#### 3.13.2 La médiation

En dernier recours : le médiateur de l'assurance

Le médiateur de l'assurance ne peut être saisi qu'après épuisement des procédures internes, à l'adresse suivante :

**La Médiation de l'Assurance - TSA 50110 - 75441 Paris Cedex 09.**

La Médiation de l'Assurance ne peut être saisie si une action contentieuse a été ou est engagée. Le Médiateur de l'Assurance exerce sa mission en toute indépendance.

#### 3.14 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 - 75436 PARIS Cedex 09.

## CHAPITRE 4 : LES EXCLUSIONS ET LIMITATIONS DE GARANTIE

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

- **Ainsi qu'évoqué au paragraphe 3.1 Le cadre juridique, les différentes formules du contrat étant responsables, les garanties ne sauraient couvrir :**
  - **La majoration du ticket modérateur de la Sécurité sociale en cas de non-respect du parcours de soins, prévue à l'article L. 162-5-3 du Code de la Sécurité sociale ;**
  - **La contribution forfaitaire et la franchise médicale prévues au II et III de l'article L. 160-13 du Code de la Sécurité sociale ;**
  - **Une part forfaitaire sur le dépassement d'honoraires des spécialistes consultés en dehors du parcours de soins, prévue au point 18 de l'article L. 162-5 du Code de la Sécurité sociale**
- **Elles ne garantissent également pas les frais relatifs à des séjours en établissements médico-sociaux, services ou unités de soins de longues durées (USLD), maisons de retraite, logements foyer pour personnes âgées, cures médicales spécialisées ou non.**

### 4.2 Les limitations de la garantie santé

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

**En aucun cas, le versement de prestations, même effectué à plusieurs reprises, ne saurait constituer une renonciation de l'Assureur à l'une des exclusions de garanties prévues au contrat.**

## CHAPITRE 5 : LE RÈGLEMENT DES PRESTATIONS

### 5.1 Le règlement des prestations

#### 5.1.1 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 préciser sur votre bulletin d'adhésion ou le notifier par écrit à AGEO - 14 rue Joliot Curie - CS 30248 - 51010 CHALONS EN CHAMPAGNE. **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 dis- pense 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.**

### 5.1.2 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 AGEO les pièces mentionnées ci-après, accompagnées, le cas échéant, du refus de prise en charge du Régime obligatoire.

Les remboursements de la garantie santé	Les documents et justificatifs à transmettre
<b>La médecine courante</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Les décomptes originaux des prestations du régime obligatoire</li> </ul>
<b>L'hospitalisation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· L'original du décompte des prestations du régime obligatoire.</li> <li>· 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.</li> </ul>
<b>L'optique</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· L'original du décompte du régime obligatoire ; la facture détaillée établie par l'opticien.</li> <li>· La facture détaillée acquittée établie par l'opticien pour les lentilles prescrites non remboursées.</li> </ul>
<b>Le dentaire</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· L'original du décompte du régime obligatoire ; la facture détaillée établie par le dentiste.</li> </ul>
<b>La chirurgie réfractive</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· La prescription médicale, ainsi que l'original de la facture détaillée de l'établissement hospitalier</li> </ul>
<b>Les appareillages</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· L'original du décompte du régime obligatoire ; la facture détaillée.</li> </ul>
<b>Vaccins et contraception non remboursés</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· La copie de la prescription médicale ainsi que l'original de la facture détaillée</li> </ul>

<p><b>La médecine naturelle non remboursée</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Les notes d'honoraires et autres factures acquittées justifiant les dépenses réelles ; l'original de l'ordonnance établie par un médecin.</li> </ul>
<p><b>Le décès accidentel de l'adhérent</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Un extrait d'acte de décès,</li> <li>· Un certificat médical du médecin ayant constaté le décès</li> <li>· Une copie du rapport de police ou de gendarmerie, ou tout autre document justificatif (coupure de presse, etc....) ;</li> <li>· Une copie du livret de famille ou un certificat d'hérédité suivant le cas ;</li> </ul>

**Si l'assuré, préalablement à sa demande de remboursement présentée à SG Santé, 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**

**Pour tenir compte de la situation particulière de certains dossiers, l'assureur et SG Santé 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.**

### 5.1.3 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.

## 5.2 Les renseignements complémentaires

**Le médecin-conseil de Meilleurtaux Santé ou SG Santé** 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 pouvez lui communiquer ces renseignements directement, à son attention exclusive.

### 5.3 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.

Toute contestation de l'adhérent sur les conclusions de l'expert relatives à son état de santé entraînera la procédure qui suit :

- **L'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.

Les conclusions rendues par le tiers arbitre s'imposeront aux parties qui ne pourront former de recours ultérieur envers celles-ci.

#### 5.4 Les délais à respecter

**Les demandes de remboursement doivent parvenir à SG SANTE 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.**

#### 5.5 Les sanctions

**Si l'assuré ne respecte pas un des points précédemment énoncés, SG Santé pourra refuser le remboursement.**

## CHAPITRE 6 : Protection des données à caractère personnel

### 6.1. Données à caractère personnel

Dans le cadre de nos relations, SwissLife et **Meilleurtaux Santé** sont amenés à collecter vos données personnelles dans le respect du Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD), de la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée, et des référentiels édictés par la CNIL (Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés). Ces données sont ainsi utilisées pour répondre aux finalités suivantes :

- Passation, gestion et exécution des contrats d'assurances
- Lutte contre la fraude à l'assurance
- Prospection commerciale

Vous pouvez vous référer à notre Politique de protection des données régulièrement actualisée accessible en ligne sur le site [www.meilleurtauxsante.com](http://www.meilleurtauxsante.com)

Dans le cadre de nos relations, **SwissLife** et **Meilleurtaux Santé** en leurs qualité de Responsables de Traitements Conjointes sont amenés à collecter des données personnelles dans le respect du Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD), de la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée, et des référentiels édictés par la CNIL (Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés).

**SWISS LIFE**, en sa qualité d'assureur et porteur du risque, détermine les bases légales garantissant la licéité des traitements de données, ainsi que les objectifs et finalités principaux des traitements de données à caractère personnel nécessaires à la passation, la gestion, et l'exécution des contrats d'assurance (garanties couvertes par le contrat, mesures à mettre en œuvre pour répondre aux obligations légales, objectifs en matière de lutte contre la fraude, et procède à l'appréciation des risques)

**Meilleurtaux Santé**, en sa qualité de *courtier et délégataire*, détermine quant à lui les bases légales des traitements nécessaires à la distribution, à la gestion des contrats et à la relation clients et intervient dans la détermination des moyens principaux des traitements (données nécessaires, gestion de la conservation ...) et en assure la mise en œuvre technique et opérationnelle.

La relation entre **SWISS LIFE** et **Meilleurtaux Santé**, en leur qualité de responsables de traitement conjoints, fait l'objet d'un acte juridique reflétant les rôles respectifs des responsables conjoints du traitement tels que précisés ci-dessus. Les grandes lignes de cette relation sont disponibles en adressant une demande écrite au Délégué à la Protection des Données (voir coordonnées ci-après).

Les objectifs poursuivis par la collecte des données par les Responsables Conjointes de Traitements et les fondements juridiques des traitements des données sont les suivants :

<p><i>Finalité : Passation, gestion, exécution des contrats d'assurance</i></p>	<p>Bases légales des traitements</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Étude des besoins spécifiques de chaque assuré afin de proposer des contrats adaptés</li> <li>• Examen, acceptation, contrôle et surveillance du risque</li> <li>• Exécution des garanties des contrats</li> <li>• Gestion des contrats et Gestion des clients</li> <li>• Exercice des recours</li> <li>• Gestion des réclamations et des contentieux</li> </ul>	<p>Exécution du contrat</p>
<p>□ Exécution de dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur (il peut notamment s'agir de traitements relatifs à l'exécution des règles fiscales, sociales, etc. ou encore des obligations relatives à la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme)</p>	<p>Respect d'obligations légales</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mise en place d'actions de prévention proposées par l'assureur</li> <li>• Gestion du client intra-groupe</li> <li>• Conduite d'activités de recherche et développement</li> <li>• Opérations de communication et de fidélisation de la clientèle ou d'amélioration de la qualité du service</li> <li>• Respect des obligations prudentielles prévues par la législation européenne et la législation nationale</li> </ul>	<p>Intérêt légitime</p>
<p><i>Finalité : Lutte contre la fraude à l'assurance</i></p>	<p>Bases légales des traitements</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Analyse et détection des actes réalisés dans le cadre de la passation, la gestion et l'exécution des contrats présentant une anomalie, une incohérence, ou ayant fait l'objet d'un signalement pouvant révéler une fraude à l'assurance,</li> <li>• Gestion des alertes en cas d'anomalies, d'incohérences ou de signalements,</li> <li>• Constitution de listes des personnes dûment identifiées comme auteurs d'actes pouvant être constitutifs d'une fraude,</li> <li>• Gestion des procédures amiables, contentieuses, et disciplinaires consécutives à un cas de fraude,</li> <li>• Exécution des dispositions contractuelles, législatives, réglementaires ou administratives en vigueur applicables consécutivement à une fraude. Ces traitements permettent de prévenir, de détecter ou de gérer les opérations, actes, ou omissions présentant un risque de fraude.</li> </ul>	<p>Intérêt légitime</p>
<p><i>Finalité : prospection commerciale</i></p>	<p>Bases légales des traitements</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Réalisation des opérations relatives à la gestion des prospects</li> <li>• Acquisition, cession, location ou l'échange des données relatives à l'identification des prospects de l'Organisme d'assurance</li> </ul>	<p>Intérêt légitime</p>

### *Durées de conservation des données personnelles :*

Les données traitées dans le cadre de la passation, la gestion et l'exécution des contrats sont conservées durant toute la relation avec les entités Responsables Conjointes de Traitements visées ci-dessus, et jusqu'à expiration des durées légales de prescription incombant aux responsables de traitement conjoints. En cas de non-conclusion d'un contrat, les données (notamment les données de santé) pourront être conservées pour une durée maximale de 5 ans à compter de leur collecte ou du dernier contact émanant du demandeur.

Dans le cadre de la lutte contre la fraude à l'assurance, les données pourront être conservées pour une durée de 5 ans à compter de la clôture du dossier de fraude si l'alerte est confirmée, et en cas de procédure judiciaire, ces données pourront être conservées jusqu'au terme de la procédure. Ces informations seront ensuite archivées.

En cas d'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude, les données pourront être conservées 5 ans maximum à compter de l'inscription.

Dans le cadre de la prospection commerciale, les données sont conservées pour une durée de trois ans maximum après le dernier contact ou la fin de la relation contractuelle.

### *Destinataires des données personnelles*

Les données personnelles sont destinées dans la limite de leurs attributions :

- aux services de **Meilleurtaux Santé** et de l'Assureur ou à d'autres entités de leur Groupe dès lors que leurs missions le justifient, et notamment à des fins de reporting, de lutte contre la fraude, de lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme, d'audit et de contrôle,
- aux réassureurs ou co-assureurs, intermédiaires, partenaires, ou sous-traitants, et à d'autres sociétés d'assurance si celles-ci sont impliquées dans la gestion du contrat (ex : assureur du tiers victime)
- à des organismes susceptibles d'intervenir dans l'exécution des contrats d'assurance, tels les organismes publics habilités (administration fiscale, ministères concernés, autorités de tutelle, régimes sociaux, ...), ainsi qu'à des organismes professionnels (notamment à l'Agence de Lutte contre la Fraude à l'Assurance ou l'Association pour la Gestion des Informations sur le Risque en Assurance), ou encore aux médiateurs, notaires, avocats, ou juridictions s'il y a lieu.

Vos données sont traitées en France ou au sein de l'Union européenne. Toutefois, si des données personnelles doivent faire l'objet de transferts vers des pays tiers (notamment à destination de nos sous-traitants), les Responsables de Traitements Conjointes prendront toutes les garanties nécessaires pour encadrer ces transferts (notamment encadrement des transferts à l'aide de Clauses Contractuelles Types émises par la Commission Européenne) et veiller à ce que la protection de vos données s'effectue dans des conditions adaptées permettant de garantir leur sécurité et l'effectivité de vos droits.

### *Droits sur vos données :*

Vous disposez de droits sur ces données :

- Droit d'accès : vous pouvez obtenir des informations concernant le traitement de vos données ainsi qu'une copie de ces données ; (*nb : concernant les données traitées dans le cadre de la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme, le droit d'accès s'exerce auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés*) ;
- Droit de rectification : si vos données sont inexactes ou incomplètes, vous pouvez demander à ce qu'elles soient modifiées ou complétées ;
- Droit d'opposition au traitement des données à caractère personnel pour des motifs légitimes, ou droit d'opposition sans motif concernant l'utilisation de vos données à des fins de prospection commerciale. Concernant la prospection par téléphone, vous pouvez aussi vous opposer en vous inscrivant gratuitement sur la liste d'opposition nationale BLOCTEL ([www.bloctel.gouv.fr](http://www.bloctel.gouv.fr)) qui interdit aux

professionnels avec lesquels vous n'avez pas de relation contractuelle en cours, de vous démarcher par téléphone.

- Droit à la limitation des données à caractère personnel ;
  - Droit à l'effacement : vous pouvez demander l'effacement de vos données sous réserve de l'application de votre contrat ou d'obligations légales de conservation s'appliquant à l'Assureur ;
  - Droit à la portabilité des données : vous pouvez demander que les données personnelles que vous nous avez personnellement fournies vous soient rendues ou, lorsque cela est techniquement possible, soient transférées à un tiers ;
  - Droit de retirer votre consentement si l'utilisation des données est fondée sur votre autorisation spéciale et expresse ;
  - Droit de définir des directives relatives au sort des données à caractère personnel après votre décès.
- Ces droits peuvent s'exercer auprès de **Meilleurtaux Santé** par un courrier adressé au DPO 12 rue du bois Guillaume, 91000 ÉVRY COURCOURONNES, ou par e-mail à [dpo-sante@meilleurtaux.com](mailto:dpo-sante@meilleurtaux.com) ou auprès du Médecin Conseil de **Meilleurtaux Santé** l'adresse précitée pour toutes demandes liées à des données médicales.

Vous pouvez également en cas de réclamation choisir de contacter la CNIL :

<https://www.cnil.fr>

Concernant vos données, vous pouvez également vous reporter à tout moment à la politique de protection des données sur le site internet de **Meilleurtaux Santé** : [www.meilleurtauxsante.com](http://www.meilleurtauxsante.com)

## **6.2. Dispositions relatives à la dématérialisation et aux opérations en ligne valant convention de preuve**

### **6.2.1. Dématérialisation des échanges entre l'adhérent et l'assureur**

Dès lors que l'adhérent transmet à **Meilleurtaux Santé** une adresse de courrier électronique valide, le courtier pourra délivrer toutes informations et, plus généralement, adresser toutes correspondances quelconques à l'adhérent par voie électronique, à savoir, sur le site internet ou par courrier électronique (e-mail).

À ce titre et conformément aux dispositions de l'article L. 111-10 du Code des assurances, **Meilleurtaux Santé** vérifiera la validité de cette adresse de courrier électronique par l'envoi d'un e-mail à cette même adresse en invitant l'adhérent à cliquer sur un lien aux fins de validation. L'adhérent est informé que **Meilleurtaux Santé** reproduira cette vérification annuellement afin de lui permettre de poursuivre la communication dématérialisée avec l'adhérent et de considérer que ce moyen est adapté à la situation de l'adhérent.

Ainsi, dans l'hypothèse où l'adhérent ne valide pas son adresse électronique lors de l'une de ces vérifications annuelles, il ne sera plus considéré par **Meilleurtaux Santé** comme éligible aux échanges dématérialisés. Il appartiendra alors à l'adhérent, soit de valider son adresse de courrier électronique conformément à la procédure décrite ci-avant, soit de contacter **Meilleurtaux Santé** pour la remise en place du service. Il appartient à l'adhérent d'aviser immédiatement **Meilleurtaux Santé** de tout changement d'adresse e-mail. L'adhérent déclare et reconnaît en outre que tout écrit qui lui sera transmis par **Meilleurtaux Santé** sur support électronique sur le site Internet aura force probante de son envoi et de sa réception et pourra lui être valablement opposé par **Meilleurtaux Santé**.

Pour conserver un envoi postal, sans frais, l'adhérent pourra adresser sa demande par courrier à l'adresse suivante : **Meilleurtaux Santé** -12 rue du Bois Guillaume, 91055 EVRY CEDEX, en indiquant son identifiant personnel ainsi que son adresse e-mail.

### **6.2.2. Opérations transmises par voie électronique (« opérations en ligne »)**

Durant la durée de son contrat, l'adhérent a la faculté de demander certaines opérations par le site Internet de **Meilleurtaux Santé**.

Le site mis à disposition de l'adhérent lui permet d'effectuer des demandes d'opérations. Les demandes ou les validations de l'adhérent sur le site sont transmises directement par voie électronique à **Meilleurtaux Santé** qui les exécute comme demandes d'opérations de l'adhérent, dans les délais éventuellement prévus au contrat, courant à compter de la demande ou de la validation de l'adhérent. Ces demandes et validations sont, aux termes du présent contrat, des opérations en ligne.

Cette possibilité n'est ouverte qu'après l'expiration du délai de renonciation mentionné dans le bulletin d'adhésion.

Les opérations en ligne sont réservées aux adhérents majeurs et juridiquement capables. Elles ne sont pas accessibles aux co-adhérents. Elles ne sont pas accessibles non plus si le contrat est nanti ou fait l'objet d'une délégation. Certains actes, notamment l'acceptation par le bénéficiaire, ne pourront être faits en ligne. Les opérations concernées seront alors transmises uniquement sur support papier et par voie postale.

En cas de suspension ou de suppression de l'accès à l'une des opérations en ligne, l'adhérent transmettra ses instructions de gestion sur support papier et par voie postale.

Toute demande d'opération reçue par **Meilleurtaux Santé**, par voie électronique ou sur support papier, dès lors qu'elle entre dans les conditions du contrat d'assurance, est mise à exécution. Cette exécution sera considérée comme parfaite et ne pourra engager la responsabilité de **Meilleurtaux Santé**.

L'adhérent reconnaît de manière expresse et irrévocable que le recours aux opérations en ligne ne constitue pas une condition essentielle et déterminante de son adhésion au contrat.

Toute opération demandée en ligne par l'adhérent donne lieu à l'envoi à celui-ci d'un courrier électronique (e-mail), dans les 12 heures. L'adhérent sera réputé de convention expresse et irrévocable, avoir pris connaissance de manière incontestable dudit message du seul fait de son expédition à l'adresse e-mail connue de **Meilleurtaux Santé**.

À défaut de réception de ce courrier électronique dans les 12 heures de la demande d'opération, l'adhérent doit immédiatement en informer **Meilleurtaux Santé** en précisant les informations qui ont été saisies sur son site ; Meilleurtaux Santé s'engage, dans ce cas, à effectuer une vérification dans le système d'information et à envoyer un mail à l'adhérent l'informant de la situation de sa demande. L'adhérent doit également faire part immédiatement à l'assureur de toute anomalie. À défaut, toute conséquence directe ou indirecte d'une inexécution ou d'une erreur dans l'exécution ne pourrait être opposée à **Meilleurtaux Santé**.

**Pour informer Meilleurtaux Santé, l'adhérent adressera un e-mail à l'adresse suivante :  
relationclientsante@meilleurtaux.com**

### **6.3. Dispositions diverses**

L'adhérent est informé que les dispositions relatives notamment aux conditions d'accès au site, d'attribution des identifiants et mots de passe dans le cadre de la dématérialisation et aux opérations en ligne figurent dans les conditions générales d'utilisation dont l'adhérent est tenu de prendre connaissance et d'accepter les termes lors de sa première connexion au site.

# ANNEXE 1 : NOTICE D'INFORMATION

**COMMENT CONTACTER NOTRE SERVICE ASSISTANCE**

**MUTUAIDE ASSISTANCE**

126, rue de la Piazza – CS 20010 – 93196 Noisy le Grand CEDEX

7 jours sur 7 – 24 heures sur 24

- **par téléphone de France : 01.55.98.88.42**

*(Communication non surtaxée, coût selon opérateur, appel susceptible d'enregistrement)*

- **par téléphone de l'étranger : 33. 1.55.98.88.42 précédé de l'indicatif local d'accès au réseau international**

*(Communication non surtaxée, coût selon opérateur, appel susceptible d'enregistrement)*

- **par télécopie : 01. 45.16.63.92**

- **par e-mail : [oquotidien@mutuaide.fr](mailto:oquotidien@mutuaide.fr)**

**Pour nous permettre d'intervenir dans les meilleures conditions, pensez à rassembler les informations suivantes qui vous seront demandées lors de votre appel :**

- Le numéro de votre contrat,
  - Votre nom et prénom,
  - L'adresse de votre domicile,
  - Le numéro de téléphone où nous pouvons vous joindre,
  - La nature de votre problème.
- Seul l'appel téléphonique du bénéficiaire au moment de l'événement permet la mise en œuvre des prestations d'assistance. En cas d'incapacité de ce dernier, l'appel téléphonique d'un proche du bénéficiaire au moment de l'événement permet la mise en œuvre des prestations d'assistance.
- **Lors du premier appel, un numéro de dossier d'assistance vous sera communiqué. Le rappeler systématiquement, lors de toutes relations ultérieures avec notre Service Assistance.**
- **Dans tous les cas, le nombre d'heures et la durée d'application des garanties sont déterminés par notre service médical. La mise en œuvre des services d'assistance est étudiée au cas par cas. Le nombre d'heures pourra être inférieur au plafond indiqué.**

<b>TABLEAU DE GARANTIES</b>	
<b>INFORMATIONS ET CONSEILS</b>	<b>PLAFOND</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Information Conseil vie quotidienne</b></li> <li>- <b>Analyse de devis dentaire et/ou optique</b></li> <li>- <b>Soutien psychologique</b></li> </ul>	<p>Informations</p> <p>Informations</p> <p>3 entretiens téléphoniques</p>
<b>GARANTIES D'ASSISTANCE A DOMICILE</b>	<b>PLAFOND</b>
<p><b>EN CAS D'HOSPITALISATION DE PLUS DE 2 JOURS OU D'IMMOBILISATION DE PLUS DE 5 JOURS AU DOMICILE</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Aide-ménagère (a)</b></li> <li>- <b>Livraison de médicaments (b)</b></li> <li>- <b>Garde d'enfants (c)</b></li> <li>- <b>Visite d'un proche (d)</b></li> <li>- <b>Recherche et envoi d'un intervenant médical ou paramédical (e)</b></li> <li>- <b>Garde des animaux domestiques (f)</b></li> <li>- <b>Mise à disposition d'un véhicule médical (g)</b></li> </ul>	<p>(a) 2 heures minimum / Maximum 20 heures réparties pendant l'immobilisation ou durant le mois qui suit l'hospitalisation</p> <p>(b) Frais de livraison</p> <p>(c) 20 heures réparties sur 3 jours</p> <p>(d) Titre de transport A/R en train 1<sup>ère</sup> classe + Frais d'hôtel 60 € par nuit / Maximum 6 nuits.</p> <p>(e) Aide et recherche</p> <p>(f) 200 € par an</p> <p>(g) Aide et recherche</p>
<b>GARANTIES D'ASSISTANCE AUX PERSONNES</b>	<b>PLAFOND</b>
<p><b>1 / EN CAS DE MALADIE OU ACCIDENT COPOREL</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Rapatriement médical (A)</b></li> <li>- <b>Visite d'un proche (A)</b></li> <li>- <b>Rapatriement des personnes accompagnantes (B)</b></li> <li>- <b>Frais médicaux à l'Etranger (C)</b></li> <li>✓ Soins dentaires</li> </ul>	<p>Frais réels</p> <p>(A) Titre de transport Aller/Retour en train 1<sup>ère</sup> classe ou avion classe économique + Frais d'hôtel 60 € par nuit / Max 6 nuits</p> <p>(B) Titre de transport en train 1<sup>ère</sup> classe ou avion classe économique</p> <p>(C) 8 000 € par personne et par an</p> <p>100 €</p> <p>(D) Titre de transport Aller / Retour en train 1<sup>ère</sup></p>

<p>- <b>Retour anticipé (D)</b></p>	<p>classe ou avion classe économique Ou Titre de transport Retour en train 1<sup>ère</sup> classe ou avion classe économique pour le Bénéficiaire et 1 personne accompagnante assurée</p>
<p><b>2 / EN CAS DE DECES A L'ETRANGER</b></p>	
<p>- <b>Rapatriement de corps</b> ✓ Frais de cercueil</p>	<p>Frais réels 500 €</p>
<p>- <b>Formalités décès</b></p>	<p>Titre de transport Aller / Retour en train 1<sup>ère</sup> classe ou avion classe économique</p>

## ARTICLE 1 – DEFINITIONS ET CHAMP D'APPLICATION

### Nous, l'Assureur

**MUTUAIDE ASSISTANCE** – 126, rue de la Piazza – CS 20010 – 93196 Noisy le Grand CEDEX – S.A. au capital de 12.558.240 € entièrement versé– Entreprise régie par le Code des Assurances RCS 383 974 086 Bobigny, représentée par Monsieur Olivier REMONDINI en sa qualité de Secrétaire Général – TVA FR 31 3 974 086 000 19.

### Accident corporel

Toute atteinte corporelle soudaine, non intentionnelle, provenant d'un événement imprévisible, constituant la cause du dommage et constatée par une autorité médicale compétente. L'intoxication alimentaire est assimilée à un accident.

### Animal domestique :

Tout animal vivant habituellement au domicile du bénéficiaire, à conditions toutefois qu'ils aient subi les vaccinations dans les délais prescrits par la législation en vigueur en France, le carnet de vaccinations faisant foi, sous réserve des dispositions de la loi n° 99-5 du 06 janvier 1999 relative aux animaux dangereux et errants et à la protection des animaux. **Les animaux domestiques dressés à l'attaque sont exclus.**

### Adhérent :

Désigne toute personne physique ayant souscrit un contrat d'assurance santé souscrit auprès de **SWISSLIFE**.

### Bénéficiaires :

Est considéré comme Bénéficiaire l'Adhérent au contrat d'assurance santé souscrit auprès de **SWISSLIFE**, ainsi que les personnes suivantes :

- son conjoint, son pacsé ou concubin notoire, vivant sous le même toit,
- leur(s) enfant(s) célibataire(s) âgé(s) de moins de 25 ans à charge au sens fiscal, et vivant sous le même toit, les enfants handicapés âgés de plus de 25 ans,
- les enfants adoptés, répondant aux conditions susvisées, à compter de la date de transcription du jugement d'adoption sur les registres de l'état civil français, au cours des 12 mois de validité du contrat et cela jusqu'à la prochaine échéance du contrat en cours,
- le cas échéant : leur(s) enfant(s) qui viendrai(en)t à naître au cours des 12 mois de validité du contrat et cela jusqu'à la prochaine échéance du contrat en cours.

Dans la présente notice d'information, les Bénéficiaires sont désignés par le terme « Vous ».

**Certificat médical descriptif :**

Document justifiant et prouvant l'hospitalisation ou l'immobilisation d'un bénéficiaire au domicile. Il est complété à la fois par le médecin qui atteste de l'incapacité et par le bénéficiaire qui complète la partie administrative.

**Domicile :**

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

**Exécution des prestations**

Les prestations garanties par la présente convention ne peuvent être déclenchées qu'avec l'accord préalable de **MUTUAIDE ASSISTANCE**. En conséquence, aucune dépense effectuée d'autorité par les Bénéficiaires ne pourra être remboursée par **MUTUAIDE ASSISTANCE**.

**France métropolitaine :**

Par France, il faut entendre la France métropolitaine et Principauté de Monaco.

**Étranger**

Par « Étranger », on entend les pays du monde entier, à l'exception de la France.

**Hospitalisation :**

Tout séjour d'au moins une nuit dans un établissement de soins public ou privé, dès lors que ce séjour a pour objet la mise en observation, le traitement médical ou chirurgical d'une maladie ou de lésions résultant d'un accident corporel.

**Immobilisation du bénéficiaire au domicile :**

Incapacité (totale ou partielle) physique à se déplacer constatée par un médecin, faisant suite à une Maladie ou à un Accident, et nécessitant le repos au Domicile. Elle devra être justifiée par un certificat médical ou selon le Bénéficiaire concerné, par un arrêt de travail circonstancié.

**Maladie :**

Toute altération soudaine et imprévisible de votre santé constatée par une autorité médicale compétente.

**Médecin traitant :**

Médecin généraliste ou spécialiste déclaré par le bénéficiaire auprès du régime de base. Il réalise les soins de premier niveau et assure une prévention personnalisée. Il coordonne les soins et oriente, si besoin, le patient vers d'autres professionnels de santé. Il tient à jour le dossier médical du patient.

**Nous organisons :**

Nous accomplissons les démarches nécessaires pour délivrer la prestation.

**Nous prenons en charge :**

Nous supportons le coût de la prestation.

**Nullité**

Toutes fraudes, falsifications ou fausses déclarations et faux témoignages susceptibles de mettre en œuvre les garanties prévues à la convention, entraînent la nullité de nos engagements et la déchéance des droits prévus à ladite convention.

**Proche du bénéficiaire :**

Toute personne physique désignée par le bénéficiaire et domiciliée en France métropolitaine.

**Territorialité :**

- Pour les garanties d'information et conseils et les garanties d'assistance santé: la France
- Pour les garanties d'assistance aux personnes en déplacement: la France et le monde entier, à plus de 50 km du domicile du Bénéficiaire.

## **ARTICLE 2 – INFORMATIONS ET CONSEILS**

Les services de renseignements téléphoniques et de mise en relation avec des prestataires visent à apporter un soutien et une solution concrète aux problèmes et événements de vie quotidienne auxquels chacun se trouve confronté dans les domaines suivants, considérés comme particulièrement sensibles.

Le service est disponible et mobilisable 24H/24 et 7J/7. Les prestations de renseignement et d'information sont exclusivement fournies du lundi au samedi entre 8H00 et 19H00 et dans des délais normalement nécessaires à la satisfaction de la demande.

Cependant, quels que soient le jour et l'heure de l'appel, nous accueillons et notons votre demande.

Les informations communiquées sont des renseignements à caractère documentaire visés par l'article 66.1 de la loi modifiée du 31 décembre 1971. Elles ne constituent pas des consultations juridiques ni médicales.

### **INFORMATIONS CONSEIL VIE QUOTIDIENNE**

Nous recherchons les informations pratiques à caractère documentaire, notamment dans les domaines suivants :

### **INFORMATIONS SANTE**

- numéros de téléphone d'urgence,
- vaccinations, hygiène, prévention, diététique,
- associations spécialisées,
- centres de cure, de thalassothérapie,
- centres hospitaliers, centres de soins, de convalescence,
- pathologie et traitement, évolution de la maladie, risque de contagion,
- établissements spécialisés,
- précautions à prendre en cas de voyage selon les pays visités...

### **INFORMATIONS DROIT, ADMINISTRATION**

- les droits du consommateur, la succession,
- les régimes matrimoniaux, les affaires familiales, les relations avec les administrations,
- les droits des conjoints divorcés,
- la fiscalité,
- le droit au logement,
- les comptes bancaires, les assurances,
- les démarches traditionnelles, papiers officiels, visas...,
- les organismes sociaux,
- les rentes, pensions d'invalidité, indemnités journalières, remboursement de frais médicaux,
- l'aide aux handicapés,
- les aides sociales, les allocations veuvage,
- la formation, l'apprentissage, l'enseignement .....

Nous nous engageons à apporter toute diligence afin de répondre à toute demande qui entre dans le cadre défini dans le présent contrat et dans les limites qu'il détermine.

Les renseignements seront communiqués par téléphone, aucune confirmation écrite ne pourra être adressée. Selon les cas, nous pourrions orienter le bénéficiaire vers les organismes professionnels susceptibles de lui répondre.

**Nous ne pouvons cependant pas intervenir dans la poursuite des actions ou des démarches entreprises par le bénéficiaire à partir des renseignements ou informations que nous lui aurons communiquées.**

**Le service ne donne pas de consultation par téléphone et ne se substitue jamais aux professionnels de santé.**

**Sont exclues toute prise en charge de frais, rémunération de services ou de prestations, de même que toute avance de fonds.**

### **ANALYSE DE DEVIS DENTAIRE ET/OU OPTIQUE**

Si vous avez besoin d'un devis dentaire et/ou optique, nous vous donnons un avis et une indication, par téléphone, sur le prix proposé, en prenant en compte de la ville d'exercice du praticien et la description de la prestation proposée.

Dans tous les cas, pour bien étudier votre devis, il nous faudra :

- Pour le devis dentaire : la description précise du montage prothétique (nombre et numéro de dents concernées, types d'actes effectués, matériaux utilisés, compléments utilisés : inlay, onlay...), la cotation conforme à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels, et le prix de la prothèse.
- Pour le devis optique : la description précise du défaut visuel et de la correction proposée.

Le choix des praticiens que nous avons pu identifier est laissé à votre libre initiative.

**Dans tous les cas, le coût des prestations restent à votre charge.**

### **SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE**

En cas de nécessité (décès du Bénéficiaire, hospitalisation...) nous pouvons vous mettre en relation téléphonique avec un psychologue clinicien, dans la limite indiquée au Tableau de Garanties. Ces entretiens sont entièrement confidentiels.

Les psychologues interviennent dans le strict respect du code de déontologie applicable à la profession de psychologue, et ne s'autoriseront en aucun cas à débiter une psychothérapie par téléphone.

## **ARTICLE 3 – DESCRIPTION DES GARANTIES D'ASSISTANCE AU DOMICILE**

### **1 / EN CAS D'HOSPITALISATION DE PLUS DE 2 JOURS OU D'IMMOBILISATION DE PLUS DE 5 JOURS AU DOMICILE**

En cas d'hospitalisation de plus de 2 jours ou d'immobilisation de plus de 5 jours au domicile, nous intervenons dans les conditions décrites ci-après :

### **AIDE MENAGERE**

Pour faciliter le retour à la normale de la vie de votre foyer, nous vous faisons bénéficier des services d'une aide-ménagère à domicile :

- Soit dès le premier jour de votre hospitalisation, en aidant votre famille à faire face aux obligations domestiques qui vous incombent habituellement,
- Soit dès votre sortie de l'établissement de soins, en vous soulageant des tâches ménagères que votre convalescence ne vous permet d'assumer.

Cette garantie s'exerce à hauteur du plafond indiqué au Tableau de Garanties. Le nombre d'heures et la durée d'application sont, dans tous les cas, déterminés par notre service médical.

### **LIVRAISON DE MEDICAMENTS :**

En cas d'immobilisation de plus de 2 jours, vous n'êtes pas en mesure de vous déplacer hors de votre domicile et personne dans votre entourage proche n'est en mesure de récupérer pour vous des médicaments qui ont fait l'objet d'une prescription médicale depuis moins de 24 heures.

Nous organisons, dans la limite des contraintes locales, la livraison des médicaments.

**Le coût des médicaments restent à votre charge.** Si besoin, nous pouvons faire l'avance de ces frais, contre remboursement à la livraison des médicaments.

Nous ne sommes pas tenus à l'exécution de ces obligations dans le cas où dans un rayon maximum de 50 km autour de votre domicile, le ou les médicaments concernés ne seraient pas disponibles.

### **GARDE D'ENFANTS**

A votre demande ou à celle de votre conjoint de droit ou de fait s'il détient l'autorité parentale, nous organisons et prenons en charge, dans la limite des contraintes et disponibilités locales, l'une des prestations suivantes :

- **soit le transfert et la garde des enfants chez une assistante maternelle**, dans la limite indiquée au Tableau de Garanties.
- **soit la garde au domicile des enfants par une assistante maternelle**, entre 8 heures et 19 heures, à concurrence du plafond indiqué au Tableau de Garanties. L'assistante maternelle se chargera, le cas échéant, de la conduite des enfants à l'école.

### **VISITE D'UN PROCHE**

En cas d'hospitalisation de plus de 10 jours ou dès le premier jour d'hospitalisation si le bénéficiaire hospitalisé est un enfant mineur et que ses parents ne sont pas sur place, pour permettre à un de vos proches de se rendre à votre chevet, nous organisons et prenons en charge, dès le premier jour:

- **ses frais de transport aller/retour**, par les moyens les plus appropriés et en fonction des disponibilités locales,
- **ses frais d'hébergement à hôtel ou les frais de mise à disposition d'un lit d'accompagnant** dans l'établissement hospitalier (y compris le petit-déjeuner), dans la limite indiquée au Tableau de Garanties.

**Les frais de restauration et autres frais restent à la charge de cette personne.**

### **RECHERCHE ET ENVOI D'UN INTERVENANT MEDICAL OU PARAMEDICAL**

En cas d'absence de votre médecin traitant, nous pouvons vous aider pour la recherche d'intervenants (médecin, infirmier ou autre professionnel médical ou paramédical) en vous fournissant des adresses et numéros de téléphones.

Si besoin, nous pouvons, à votre demande, envoyer un de ces intervenants à votre domicile. En aucun cas, nous ne pourrions être tenus responsables si aucun intervenant n'est disponible ou refuse de se déplacer en raison d'un éloignement trop important. De même, nous ne pourrions nous porter garants de la qualité des soins apportés et notre responsabilité ne saurait être engagée à ce titre.

**Les frais de déplacement, soins, honoraires et autres restent dans tous les cas à votre charge.**

### **GARDE DES ANIMAUX DOMESTIQUES**

Pour assurer la garde de vos animaux domestiques, sous réserve qu'ils aient reçu les vaccinations obligatoires, nous prenons en charge **leur garde à domicile ou dans un établissement spécialisé**, dans la limite du plafond indiqué au Tableau de Garanties.

**Les animaux dressés à l'attaque ne sont pas pris en charge.**

**Les frais de nourriture ainsi que les frais de retour des animaux domestiques vers le domicile restent à votre charge.**

### **MISE A DISPOSITION D'UN VEHICULE MEDICAL**

Hors urgence et sur prescription médicale, nous organisons votre transport par véhicule médical depuis votre domicile vers le centre hospitalier approprié de votre choix proche de votre domicile, ou vers l'établissement indiqué sur la prescription médicale.

A l'issue de l'hospitalisation, nous pouvons également organiser votre transport retour de l'hôpital à votre domicile.

**Les frais de transport aller et retour restent à votre charge.**

**En aucun cas, nous pouvons nous substituer aux secours locaux d'urgence tels que SAMU, SMUR, pompiers...**

## **ARTICLE 4 – LES EXCLUSIONS DE L'ASSISTANCE SANTE**

**Ne donnent pas lieu à notre intervention :**

- **Les maladies psychiatriques (dépressions, psychoses, névroses, troubles psychologiques divers), ainsi que les maladies ou déficiences mentales,**
- **Les traitements ou interventions chirurgicales à but esthétique qui ne seraient pas la conséquence d'un accident garanti par le contrat, ou dans un but de rajeunissement,**
- **Une aggravation due à un traitement tardif liée à une négligence de l'assuré ou à l'inobservation intentionnelle par celui-ci des prescriptions du médecin,**
- **L'usage de médicaments ou de toute substance hors prescription médicale, et ses conséquences,**
- **l'abus d'alcool et ses conséquences,**
- **Les convalescences et les affections en cours de traitement non encore consolidées,**
- **Les suites, séquelles, complications ou aggravations d'une maladie ou d'un accident déjà constaté et ayant entraîné une hospitalisation dans les 6 mois précédent la demande d'assistance,**
- **Les maladies chroniques et infirmités préexistantes,**
- **Les états de grossesse sauf complication nette et imprévisible, les accouchements, l'interruption volontaire de grossesse et ses conséquences,**
- **Toute mutilation volontaire du bénéficiaire,**
- **Votre participation à des exercices effectués sous le contrôle de l'autorité militaire.**
- **Le suicide ou la tentative de suicide et ses conséquences,**

**Sont également exclus, les séjours,**

- **De cure ou postcure de toute nature (désintoxication, psychanalyse, psychothérapique, rajeunissement, diététique, esthétique...) autres que les cures thermales médicalement prescrites,**
- **En maison de repos ou de convalescence, de retraite, services de gériatrie ou hospices et, d'une façon générale, dans tous les établissements dit de « long séjour » transitoire ou permanent au sens de la Sécurité Sociale,**
- **De rééducation et de réadaptation professionnelle,**
- **En établissement à caractère sanitaire ou social,**
- **En établissement et services sociaux d'accueil, d'hébergement et d'assistance, de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies ou contre les maladies mentales caractérisées autres que les centres hospitaliers ou psychiatrie et les maisons de santé pour maladies mentales,**
- **En milieu hospitalier dus à un état morbide consolidé et non améliorabile telle la démence sénile, la paraplégié traumatique et la tuberculose stabilisée**
- **Les séjours pour traitement contre l'infertilité, pour le changement de sexe.**

## **ARTICLE 5 – DESCRIPTION DES GARANTIES D'ASSISTANCE AUX PERSONNES**

### **1 / EN CAS DE MALADIE OU ACCIDENT CORPOREL**

Vous êtes malade ou accidenté lors d'un déplacement à plus de 50 kilomètres de votre domicile, en France métropolitaine ou à l'Étranger, nous intervenons dans les conditions suivantes :

#### **RAPATRIEMENT OU TRANSPORT SANITAIRE :**

Nous organisons et prenons en charge votre rapatriement au domicile ou dans un établissement hospitalier proche de chez vous.

Seules les exigences d'ordre médical sont prises en considération pour arrêter la date du rapatriement, le choix du moyen de transport ou du lieu d'hospitalisation.

La décision de rapatriement est prise par notre médecin conseil, après avis du médecin traitant occasionnel et éventuellement du médecin de famille.

Lors de votre rapatriement, et sur prescription de notre médecin conseil, nous organisons et prenons en charge le transport d'un accompagnant à vos côtés.

**Tout refus de la solution proposée par notre équipe médicale entraîne l'annulation de la garantie d'assistance aux personnes.**

#### **VISITE D'UN PROCHE**

Vous êtes hospitalisé sur place sur décision de notre équipe médicale, avant votre rapatriement médical, pour une durée supérieure à 10 jours. Nous organisons et prenons en charge le transport aller/retour en train 1<sup>ère</sup> classe ou en avion de ligne classe économique, d'un membre de votre famille résidant dans le même pays que vous, ainsi que ses frais de séjour (chambre, petit-déjeuner) pour qu'il vienne à votre chevet.

Notre prise en charge pour son hébergement se fait à concurrence du montant indiqué au Tableau des Garanties.

**Les frais de restauration ou autres dépenses restent dans tous les cas à la charge de cette personne.**

**Cette garantie n'est pas cumulable avec la garantie « Rapatriement de personnes accompagnantes ».**

## **RAPATRIEMENT DES PERSONNES ACCOMPAGNANTES**

Vous êtes rapatrié médicalement, ou vous décédez lors d'un déplacement garanti.

Nous organisons et prenons en charge, s'ils ne peuvent rentrer par les moyens initialement prévus, le transport au domicile des membres de votre famille bénéficiaires vous accompagnant lors de la survenance de l'événement, en train 1<sup>ère</sup> classe ou en avion de ligne classe économique.

## **FRAIS MEDICAUX A L'ETRANGER**

Lorsque des frais médicaux ont été engagés avec notre accord préalable, nous vous remboursons la partie de ces frais qui n'aura pas été prise en charge par les éventuels organismes d'assurance auxquels vous êtes affiliés.

Nous n'intervenons qu'une fois les remboursements effectués par les organismes d'assurance susvisés, et sous réserve de la communication des justificatifs originaux de remboursement émanant de votre organisme d'assurance.

Ce remboursement couvre les frais définis ci-dessous, à condition qu'ils concernent des soins reçus par vous hors de votre pays de domicile à la suite d'une maladie ou d'un accident survenu hors de votre pays de domicile.

Dans ce cas, nous remboursons le montant des frais engagés jusqu'au montant maximum indiqué au Tableau des Garanties.

Dans l'hypothèse où l'organisme d'assurance auquel vous cotisez ne prendrait pas en charge les frais médicaux engagés, nous rembourserons les frais engagés dans la limite du montant indiqué au Tableau des Garanties, sous réserve de la communication par vous des factures originales de frais médicaux et de l'attestation de non prise en charge émanant de l'organisme d'assurance.

**Cette prestation cesse à dater du jour où nous sommes en mesure d'effectuer votre rapatriement.**

Nature des frais ouvrant droit à remboursement (sous réserve d'accord préalable) :

- honoraires médicaux,
- frais de médicaments prescrits par un médecin ou un chirurgien,
- frais d'ambulance prescrite par un médecin pour un transport vers l'hôpital le plus proche et ceci seulement en cas de refus de prise en charge par les organismes d'assurance,
- frais d'hospitalisation à condition que vous soyez jugé intransportable par décision des médecins de l'Assistance, prise après recueil des informations auprès du médecin local (les frais d'hospitalisation engagés à compter du jour où nous sommes en mesure d'effectuer votre rapatriement ne sont pas pris en charge),
- frais dentaires d'urgence (plafonnés au montant indiqué au Tableau des Garanties, sans application de franchise).

## **EXTENSION DE LA PRESTATION : AVANCE DE FRAIS D'HOSPITALISATION (HORS DU PAYS DE RESIDENCE)**

Nous pouvons, dans la limite des montants de prise en charge prévus ci-dessus, procéder à l'avance des frais d'hospitalisation que vous devez engager hors de votre pays de domicile, aux conditions cumulatives suivantes :

- les médecins de **MUTUAIDE ASSISTANCE** doivent juger, après recueil des informations auprès du médecin local, qu'il est impossible de vous rapatrier dans l'immédiat dans votre pays de domicile.
- les soins auxquels s'applique l'avance doivent être prescrits en accord avec les médecins de **MUTUAIDE ASSISTANCE**.

- vous ou toute personne autorisée par vous doit s'engager formellement par la signature d'un document spécifique, fourni par **MUTUAIDE ASSISTANCE** lors de la mise en œuvre de la présente prestation :

- à engager les démarches de prise en charge des frais auprès des organismes d'assurance dans le délai de 15 jours à compter de la date d'envoi des éléments nécessaires à ces démarches par **MUTUAIDE ASSISTANCE**,

- à effectuer à **MUTUAIDE ASSISTANCE** les remboursements des sommes perçues à ce titre de la part des organismes d'assurance dans la semaine qui suit la réception de ces sommes.

Resteront uniquement à notre charge, et dans la limite du montant de prise en charge prévu pour la prestation "frais médicaux", les frais non pris en charge par les organismes d'assurance. Vous devrez nous fournir l'attestation de non prise en charge émanant de ces organismes d'assurance, dans la semaine qui suit sa réception.

Afin de préserver nos droits ultérieurs, nous nous réservons le droit de vous demander à vous ou à vos ayants droits une lettre d'engagement vous engageant à effectuer les démarches auprès des organismes sociaux et nous rembourser les sommes perçues.

A défaut d'avoir effectué les démarches de prise en charge auprès des organismes d'assurance dans les délais, ou à défaut de présentation à MUTUAIDE ASSISTANCE dans les délais de l'attestation de non prise en charge émanant de ces organismes d'assurance, vous ne pourrez en aucun cas vous prévaloir de la prestation « frais médicaux » et devrez rembourser l'intégralité des frais d'hospitalisation avancés par MUTUAIDE ASSISTANCE, qui engagera, le cas échéant, toute procédure de recouvrement utile, dont le coût sera supporté par vous.

### **RETOUR ANTICIPE**

Pendant votre déplacement, vous apprenez le décès d'un Membre de votre famille dans votre pays de domicile.

Afin que Vous puissiez assister aux obsèques, nous organisons et prenons en charge :

- soit votre voyage aller-retour,
- soit votre voyage aller simple et celui d'une personne assurée de votre choix se déplaçant avec Vous, par train 1ère classe ou avion classe économique jusqu'en France ainsi que, le cas échéant, les frais de taxi, au départ, pour se rendre du lieu de séjour à la gare ou à l'aéroport, et à l'arrivée, de la gare/ aéroport au domicile.

## **2 / EN CAS DE DECES A L'ETRANGER**

Si un membre de votre famille bénéficiaire vient à disparaître à l'étranger, nous intervenons dans les conditions suivantes :

### **RAPATRIEMENT DE CORPS**

Vous décédez lors d'un déplacement garanti. Nous organisons le rapatriement de votre corps jusqu'au lieu des obsèques dans votre pays de résidence.

Dans ce cadre, nous prenons en charge :

- ✓ Les frais de transport du corps,
- ✓ Les frais liés aux soins de conservation imposés par la législation applicable,
- ✓ Les frais directement nécessités par le transport du corps (manutention, aménagements spécifiques au transport, conditionnement) à concurrence du montant indiqué au Tableau des Garanties.

### **FORMALITES DECES**

Si la présence sur place d'un membre de la famille ou d'un proche du défunt s'avère indispensable pour effectuer la reconnaissance du corps et les formalités de rapatriement ou d'incinération, nous organisons et prenons en charge un titre de transport aller/retour en train 1<sup>ère</sup> classe ou en avion de

ligne classe économique, ainsi que des frais de séjour (chambre et petit-déjeuner) engagés pour le compte de cette personne à concurrence du montant indiqué au Tableau des Garanties.

**Tous les autres frais restent à la charge de la famille du défunt.**

#### **ARTICLE 6 – LES EXCLUSIONS DE L’ASSISTANCE AUX PERSONNES**

**Ne donnent pas lieu à notre intervention :**

- ◆ **Les voyages entrepris dans un but de diagnostic et/ou de traitement,**
- ◆ **Les frais médicaux et d’hospitalisation dans le pays de domicile,**
- ◆ **L’ivresse, le suicide ou la tentative de suicide et leurs conséquences,**
- ◆ **Toute mutilation volontaire du Bénéficiaire,**
- ◆ **Les affections ou lésions bénignes qui peuvent être traitées sur place et/ou qui n’empêchent pas le Bénéficiaire de poursuivre son voyage,**
- ◆ **Les états de grossesse, à moins d’une complication imprévisible, et dans tous les cas, les états de grossesse au-delà de la 36<sup>ème</sup> semaine, l’interruption volontaire de grossesse, les suites de l’accouchement,**
- ◆ **Les convalescences et les affections en cours de traitement, non encore consolidées et comportant un risque d’aggravation brutale,**
- ◆ **Les maladies antérieurement constituées ayant fait l’objet d’une hospitalisation dans les 6 mois précédant la date de départ en voyage,**
- ◆ **Les événements liés à un traitement médical ou à une intervention chirurgicale qui ne présenteraient pas un caractère imprévu, fortuit ou accidentel,**
- ◆ **Les frais de prothèse : optique, dentaire, acoustique, fonctionnelle, etc.**
- ◆ **Les conséquences des situations à risques infectieux en contexte épidémique qui font l’objet d’une mise en quarantaine ou de mesures préventives ou de surveillances spécifiques de la part des autorités sanitaires internationales et/ou sanitaires locales du pays où vous séjournez et/ou nationale de votre pays d’origine.**
- ◆ **Les frais de cure thermale, traitement esthétique, vaccination et les frais y découlant,**
- ◆ **Les séjours en maison de repos et les frais y découlant,**
- ◆ **Les rééducations, kinésithérapies, chiropraxies et les frais y découlant,**
- ◆ **Les hospitalisations prévues.**

#### **ARTICLE 7 – LES EXCLUSIONS GENERALES**

**Ne donnent pas lieu à notre intervention :**

- ◆ **Les prestations qui n’ont pas été demandées en cours de voyage ou qui n’ont pas été organisées par nos soins, ou en accord avec nous, ne donnent pas droit, a posteriori, à un remboursement ou à une indemnisation,**
- ◆ **Les frais de restauration, hôtel, sauf ceux précisés dans le texte des garanties,**
- ◆ **Les dommages provoqués intentionnellement par le Bénéficiaire et ceux résultant de sa participation à un crime, à un délit ou à une rixe, sauf en cas de légitime défense,**
- ◆ **Le montant des condamnations et leurs conséquences,**
- ◆ **L’usage de stupéfiants ou drogues non prescrits médicalement,**
- ◆ **L’état d’imprégnation alcoolique,**
- ◆ **Les frais de douane,**
- ◆ **La participation en tant que concurrent à un sport de compétition ou à un rallye donnant droit à un classement national ou international qui est organisé par une fédération sportive pour laquelle une licence est délivrée ainsi que l’entraînement en vue de ces compétitions,**
- ◆ **La pratique, à titre professionnel, de tout sport,**

- ♦ La participation à des compétitions ou à des épreuves d'endurance ou de vitesse et à leurs essais préparatoires, à bord de tout engin de locomotion terrestre, nautique ou aérien,
- ♦ Les conséquences du non-respect des règles de sécurité reconnues liées à la pratique de toute activité sportive de loisirs,
- ♦ Les frais engagés après le retour du voyage ou l'expiration de la garantie,
- ♦ Les accidents résultants de votre participation, même à titre d'amateur aux sports suivants : sports mécaniques (quel que soit le véhicule à moteur utilisé), sports aériens, alpinisme de haute montagne, bobsleigh, chasse aux animaux dangereux, hockey sur glace, skeleton, sports de combat, spéléologie, sports de neige comportant un classement international, national ou régional,
- ♦ L'inobservation volontaire de la réglementation du pays visité ou de la pratique d'activités non autorisées par les autorités locales,
- ♦ Les interdictions officielles, de saisies ou de contraintes par la force publique,
- ♦ L'utilisation par le Bénéficiaire d'appareils de navigation aérienne,
- ♦ L'utilisation d'engins de guerre, explosifs et armes à feu,
- ♦ Les dommages résultant d'une faute intentionnelle ou dolosive du Bénéficiaire conformément à l'article L.113-1 du Code des Assurances,
- ♦ Le suicide et la tentative de suicide,
- ♦ Les épidémies, pollutions, catastrophes naturelles,
- ♦ La guerre civile ou étrangère, émeutes, grèves, mouvements populaires, actes de terrorisme, prise d'otage,
- ♦ La désintégration du noyau atomique ou toute irradiation provenant d'une source d'énergie présentant un caractère de radioactivité.

La responsabilité de **MUTUAIDE ASSISTANCE** ne peut en aucun cas être engagée pour des manquements ou contretemps à l'exécution de ses obligations qui résulteraient de cas de force majeure, ou d'événements tels que la guerre civile ou étrangère, les émeutes ou mouvements populaires, le lock-out, les grèves, les attentats, les actes de terrorisme, les pirateries, les tempêtes et ouragans, les tremblements de terre, les cyclones, les éruptions volcaniques ou autres cataclysmes, la désintégration du noyau atomique, l'explosion d'engins et les effets nucléaires radioactifs, les épidémies, les effets de la pollution et catastrophes naturelles, les effets de radiation ou tout autre cas fortuit ou de force majeure, ainsi que leurs conséquences.

## ARTICLE 8 – REGLES DE FONCTIONNEMENT DES PRESTATIONS D'ASSISTANCE

Seul l'appel téléphonique du Bénéficiaire au moment de l'événement permet la mise en œuvre des prestations d'assistance.

Dès réception de l'appel, **MUTUAIDE ASSISTANCE**, après avoir vérifié les droits du demandeur, organise et prend en charge les prestations prévues dans la présente convention.

Pour bénéficier d'une prestation, **MUTUAIDE ASSISTANCE** peut demander au Bénéficiaire de justifier de la qualité qu'il invoque et de produire, à ses frais, les pièces et documents prouvant ce droit.

Le Bénéficiaire doit permettre à nos médecins l'accès à toute information médicale concernant la personne pour laquelle nous intervenons. Cette information sera traitée dans le respect du secret médical.

**MUTUAIDE ASSISTANCE** ne peut en aucun cas se substituer aux organismes locaux de secours d'urgence et intervient dans la limite des accords donnés par les autorités locales, ni prendre en charge les frais ainsi engagés, à l'exception des frais de transport en ambulance ou en taxi jusqu'au lieu le plus proche où pourront être prodigués les soins appropriés, en cas d'affection

## **bénigne ou de blessures légères ne nécessitant ni un rapatriement ni un transport médicalisé.**

Les interventions que **MUTUAIDE ASSISTANCE** est amenée à réaliser se font dans le respect intégral des lois et règlements nationaux et internationaux. Elles sont donc liées à l'obtention des autorisations nécessaires par les autorités compétentes.

Lorsque **MUTUAIDE ASSISTANCE** a pris en charge le transport d'un Bénéficiaire, ce dernier doit lui restituer son billet de retour initialement prévu et non utilisé.

**MUTUAIDE ASSISTANCE** décide de la nature de la billetterie aérienne mise à la disposition du Bénéficiaire en fonction des possibilités offertes par les transporteurs aériens et de la durée du trajet.

### **ARTICLE 9 – CONDITIONS DE REMBOURSEMENT**

Les remboursements au Bénéficiaire ne peuvent être effectués par nos soins que sur présentation des factures originales acquittées correspondant à des frais engagés avec notre accord.

Les demandes de remboursement doivent être adressées à :

**MUTUAIDE ASSISTANCE**  
**Service Gestion des Sinistres**  
**126, rue de la Piazza – CS 20010**  
**93196 Noisy le Grand CEDEX**

### **ARTICLE 10 – PRISE D'EFFET – DUREE ET RENOUVELLEMENT DES GARANTIES**

Les garanties prennent effet à compter de la date de la prise d'effet de votre contrat d'assurance Meilleurtaux Santé pour la même durée que celui-ci.

Les garanties se renouvellent dans les mêmes conditions que votre contrat d'assurance.

### **ARTICLE 11 – RESILIATION – CESSATION DES GARANTIES**

Les garanties d'assistance prévues au Tableau des Garanties cessent de plein droit :

- En cas de résiliation de votre contrat d'assurance **Meilleurtaux Santé**, quelle qu'en soit la cause,
- En cas de retrait total de l'agrément de l'Assureur conformément et dans les conditions définies à l'article L 326-12 du Code des assurances,
- En cas de résiliation du contrat souscrit auprès de l'Assureur par **Meilleurtaux Santé**, quelle qu'en soit la cause et notamment lorsqu'il n'est pas reconduit. La non-reconduction dudit contrat entraîne la cessation des garanties pour vous à l'échéance annuelle qui suit la date de ladite résiliation. Les prestations accordées avant la résiliation de votre contrat s'effectueront jusqu'à leur terme.

### **ARTICLE 12 – TRAITEMENT DES RECLAMATIONS**

En cas de désaccord ou de mécontentement sur la mise en œuvre des prestations d'assistance de votre contrat, nous vous invitons à le faire connaître à **MUTUAIDE** en appelant le **01.55.98.88.42** ou en écrivant à [quotidien@mutuaide.fr](mailto:quotidien@mutuaide.fr)

Si la réponse que vous obtenez ne vous donne pas satisfaction, vous pouvez adresser un courrier à :

**MUTUAIDE**  
**SERVICE QUALITE CLIENTS**  
**126, rue de la Piazza, CS 20010**  
**93196 Noisy le Grand CEDEX**

MUTUAIDE s'engage à accuser réception de votre courrier dans un délai de 10 jours ouvrés. Il sera traité dans les 2 mois au plus.

Si le désaccord persiste, vous pouvez saisir la Médiation de l'Assurance par courrier à:

**La Médiation de l'Assurance**  
**TSA 50110**  
**75441 Paris Cedex 09**

<b>ARTICLE 13 – COLLECTE DE DONNEES</b>
---

Le Bénéficiaire reconnaît être informé que l'Assureur, traite ses données personnelles conformément à la réglementation relative à la protection des données personnelles en vigueur et que par ailleurs :

- les réponses aux questions posées sont obligatoires et qu'en cas de fausses déclarations ou d'omissions, les conséquences à son égard peuvent être la nullité de l'adhésion au contrat (article L 113-8 du Code des Assurances) ou la réduction des indemnités (article L 113-9 du Code des Assurances),

- Le traitement des données personnelles est nécessaire à l'adhésion et l'exécution de son contrat et de ses garanties, à la gestion des relations commerciales et contractuelles, ou à l'exécution de dispositions légales, réglementaires ou administratives en vigueur.

- Les données collectées et traitées sont conservées pour la durée nécessaire à l'exécution du contrat ou de l'obligation légale. Ces données sont ensuite archivées conformément aux durées prévues par les dispositions relatives à la prescription.

- Les destinataires des données le concernant sont, dans la limite de leurs attributions, les services de l'Assureur en charge de la passation, gestion et exécution du Contrat d'assurance et des garanties, ses délégataires, mandataires, partenaires, sous-traitants, réassureurs dans le cadre de l'exercice de leurs missions.

Elles peuvent également être transmises s'il y a lieu aux organismes professionnels ainsi qu'à toutes personnes intervenant au contrat tels qu'avocats, experts, auxiliaires de justice et officiers ministériels, curateurs, tuteurs, enquêteurs.

Des informations le concernant peuvent également être transmises au Souscripteur, ainsi qu'à toutes personnes habilitées au titre de Tiers Autorisés (juridictions, arbitres, médiateurs, ministères concernés, autorités de tutelle et de contrôle et tous organismes publics habilités à les recevoir ainsi qu'aux services en charge du contrôle tels les commissaires aux comptes, auditeurs ainsi que services en charge du contrôle interne).

- En sa qualité d'organisme financier, l'Assureur est soumis aux obligations légales issues principalement du code monétaire et financier en matière de lutte contre le blanchiment des capitaux et contre le financement du terrorisme et, qu'à ce titre, il met en œuvre un traitement de surveillance des contrats pouvant aboutir à la rédaction d'une déclaration de soupçon ou à une mesure de gel des avoirs.

Les données et les documents concernant le Bénéficiaire sont conservés pour une durée de cinq (5) ans à compter de la clôture du contrat ou de la cessation de la relation.

- Ses données personnelles pourront également être utilisées dans le cadre d'un traitement de lutte

contre la fraude à l'assurance pouvant conduire, le cas échéant, à une inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude.

Cette inscription pouvant avoir pour effet un allongement de l'étude de son dossier, voire la réduction ou le refus du bénéfice d'un droit, d'une prestation, d'un contrat ou service proposés.

Dans ce cadre, des données personnelles le concernant (ou concernant les personnes parties ou intéressées au contrat peuvent être traitées par toutes personnes habilitées intervenant au sein des entités du Groupe Assureur dans le cadre de la lutte contre la fraude. Ces données peuvent également être destinées au personnel habilité des organismes directement concernés par une fraude (autres organismes d'assurance ou intermédiaires ; autorités judiciaires, médiateurs, arbitres, auxiliaires de justice, officiers ministériels ; organismes tiers autorisés par une disposition légale et, le cas échéant, les victimes d'actes de fraude ou leurs représentants).

En cas d'alerte de fraude, les données sont conservées maximum six (6) mois pour qualifier l'alerte puis supprimées, sauf si l'alerte s'avère pertinente. En cas d'alerte pertinente les données sont conservées jusqu'à cinq (5) ans à compter de la clôture du dossier de fraude, ou jusqu'au terme de la procédure judiciaire et des durées de prescription applicables.

Pour les personnes inscrites sur une liste de fraudeurs présumés, les données les concernant sont supprimées passé le délai de 5 ans à compter de la date d'inscription sur cette liste.

- En sa qualité d'Assureur, il est fondé à effectuer des traitements de données relatives aux infractions, condamnations et mesures de sûreté soit au moment de la souscription du contrat, soit en cours de son exécution ou dans le cadre de la gestion de contentieux.
- Les données personnelles pourront également être utilisées par l'Assureur dans le cadre de traitements qu'il met en œuvre et dont l'objet est la recherche et le développement pour améliorer la qualité ou la pertinence de ses futurs produits d'assurance et ou d'assistance et offres de services.
- Les données personnelles le concernant peuvent être accessibles à certains des collaborateurs ou prestataires de l'Assureur établis dans des pays situés hors de l'Union Européenne.
- Le Bénéficiaire dispose, en justifiant de son identité, d'un droit d'accès, de rectification, de suppression et d'opposition aux données traitées. Il dispose également du droit de demander de limiter l'utilisation de ses données lorsqu'elles ne sont plus nécessaires, ou de récupérer dans un format structuré les données qu'il a fournies lorsque ces dernières sont nécessaires au contrat ou lorsqu'il a consenti à l'utilisation de ces données.

Il dispose d'un droit de définir des directives relatives au sort de ses données personnelles après sa mort. Ces directives, générales ou particulières, concernent la conservation, l'effacement et la communication de ses données après son décès.

Ces droits peuvent être exercés auprès du Délégué Représentant à la Protection des Données de l'Assureur :

- par mail : à l'adresse [DRPO@MUTUAIDE.fr](mailto:DRPO@MUTUAIDE.fr)

ou

- par courrier : en écrivant à l'adresse suivante : Délégué représentant à la protection des données – **MUTUAIDE ASSISTANCE** – 126, rue de la Piazza – CS 20010 – 93196 Noisy le Grand Cedex.

Après en avoir fait la demande auprès du Délégué représentant à la protection des données et n'ayant pas obtenu satisfaction, il a la possibilité de saisir la CNIL (Commission Nationale de l'informatique et des Libertés).

## ARTICLE 14 – SUBROGATION

**MUTUAIDE ASSISTANCE** est subrogée à concurrence des indemnités payées et des services fournis par elle dans les droits et actions du Bénéficiaire, contre toute personne responsable des faits ayant motivé son intervention. Lorsque les prestations fournies en exécution de la convention sont couvertes en tout ou partie auprès d'une autre compagnie ou institution, MUTUAIDE ASSISTANCE est subrogée dans les droits et actions du bénéficiaire contre cette compagnie ou cette institution.

## ARTICLE 15 – PRESCRIPTION

En application de l'article L 114-1 du Code des assurances, toute action dérivant du présent contrat est prescrite par deux ans à compter de l'évènement qui y donne naissance. Ce délai est porté à dix ans pour les garanties décès, les actions des bénéficiaires étant prescrites au plus tard trente ans à compter de cet évènement.

Toutefois, ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'Assureur en a eu connaissance ;
- 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, ce délai de 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.

Ce délai de prescription peut être interrompu, conformément à l'article L 114-2 du Code des assurances, par une des causes ordinaires d'interruption suivantes :

- la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait (article 2240 du Code civil) ;
- une demande en justice, même en référé, jusqu'à extinction de l'instance. 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 (articles 2241 et 2242 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 2243 du Code civil) ;
- une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée (article 2244 du Code civil).

Il est rappelé que :

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 2245 du Code civil).

L'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance interrompt le délai de prescription contre la caution (article 2246 du Code civil).

Le délai de prescription peut être interrompu également par :

- la désignation d'un expert à la suite d'un sinistre ;
- 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 cotisation, et adressée par l'Assuré à l'Assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité de sinistre).

#### **ARTICLE 16 – REGLEMENT DES LITIGES**

Tout différend né entre l'Assureur et le Bénéficiaire relatif à la fixation et au règlement des prestations sera soumis par la partie la plus diligente, à défaut de résolution amiable, à la juridiction compétente du domicile du bénéficiaire conformément aux dispositions prévues à l'article R 114-1 du Code des assurances.

#### **ARTICLE 17 – FAUSSES DECLARATIONS**

**Lorsqu'elles changent l'objet du risque ou en diminuent notre opinion :**

- **Toute réticence ou déclaration intentionnellement fautive de votre part entraîne la nullité du contrat. Les primes payées nous demeurent acquises et nous serons en droit d'exiger le paiement des primes échues, tel que prévu à l'article L 113.8 du Code des Assurances ;**
- **Toute omission ou déclaration inexacte de votre part dont la mauvaise foi n'est pas établie entraîne la résiliation du contrat 10 jours après la notification qui vous sera adressée par lettre recommandée et/ou l'application de la réduction des indemnités du Code des Assurances tel que prévu à l'article L 113.9.**

#### **ARTICLE 18 – AUTORITE DE CONTROLE**

L'autorité chargée du contrôle de MUTUAIDE est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) – 4, place de Budapest – CS 92 459 – 75 436 Paris Cedex 9.

## Informations relatives aux frais de gestion Swisslife

Conformément à la loi n°2019-733 du 14 juillet 2019 relative au droit de résiliation sans frais des contrats de complémentaire santé, nous vous prions de trouver ci-après le rapport prestations/cotisations ainsi que le montant et la composition des frais de gestion de votre futur contrat d'assurance santé.

Veillez prendre connaissance de ces informations avant la signature de votre demande d'adhésion :

Le rapport prestations/cotisations<sup>(1)</sup> est de **70.50%**

Le taux des frais de gestion<sup>(2)</sup> s'établit à **25.09%**

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

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

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

**Pour tout renseignement complémentaire,  
Meilleurtaux Santé vous répond  
Du lundi au vendredi de 9h à 18h  
Tél. : 01 83 77 57 00  
www.meilleurtauxsante.com**

#### **Meilleurtaux santé - AFI ASSURANCES**

12 rue du Bois Guillaume - 91000 EVRY COURCOURONNES

Tel : 01 83 77 57 00

Société de courtage en assurances, SAS au capital de 10000 Euros  
RCS EVRY COURCOURONNES B 404 414 583 - N° ORIAS 07 027 969

#### **SwissLife Prévoyance et Santé (SLPS)**

Siège social : 7, rue Belgrand • 92300 LEVALLOIS PERRET

S.A. au capital de 150 000 000 euros - Entreprise régie par le Code des assurances  
322 215 021 RCS Nanterre

#### **MUTUAIDE ASSISTANCE**

126, rue de la Piazza - CS 20010 - 93196 Noisy le Grand CEDEX

Tel : 01.55.98.88.42

S.A. au capital de 12.558.240 € entièrement versé – Entreprise régie par le Code des Assurances  
RCS 383 974 086 Créteil – TVA FR 31 3 974 086 000 19.

#### **APSAP (Association pour la Protection Santé Accident Prévoyance)**

112 Avenue de Paris – CS 60002 94306 Vincennes

Association régie par la loi du 1er juillet 1901

#### **SG SANTÉ**

Gestionnaire des prestations

Société de courtage en assurances

14 rue Joliot Curie – CS 30248 – 51010 Châlons En Champagne Cedex

Tel : 03 26 26 68 00

Code APE 6622Z

*Meilleurtaux Santé est une marque exploitée par AFI ASSURANCES (société du Groupe Meilleurtaux) – SAS au capital de 10.000 euros, 12 rue du Bois Guillaume - 91055 Evry Courcouronnes Cedex – RCS Evry 404414583 - Courtier en assurance ORIAS n°07027969 (www.orias.fr)*

*Garantie financière et assurance de responsabilité civile professionnelle souscrite auprès de MMA.*

*Sous le contrôle de l'ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution - 4 place de Budapest, CS 92459, 75436 Paris Cedex 09)*