

Essentiel Sante Famille

NOTICE D'INFORMATION CONTRACTUELLE
(Valant Conditions Générales)



Contrats N°MTSSF1

I. LE PRODUIT – LE CONTRAT

MEILLEURTAUX ESSENTIEL SANTE FAMILLE 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.

La convention n° MTSSF1 est éligible aux dispositions fiscales de la loi n° 94 – 126 du 11 février 1994 (dite loi Madelin) sous réserve de précisions sur votre certificat d'adhésion.

Le **Contrat Meilleurtaux Essentiel Sante Famille** est un produit d'assurance souscrit auprès de :

PREVOIR VIE – GROUPE PREVOIR

Société anonyme au capital de 81 000 000 €, entreprise régie par le Code des assurances, immatriculée au RCS de PARIS sous le n° 343 286 183

19, rue d'Aumale – CS40019 – 75306 PARIS Cedex 09

Par :

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

Le **contrat Meilleurtaux Essentiel Sante Famille** a été développé et négocié par **Meilleurtaux Sante, marque exploitée par AFI Assurances**, qui, en accord avec l'Assureur et l'Association, le commercialise à titre exclusif via son propre réseau commercial.

Meilleurtaux Sante – 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 Meilleurtaux Essentiel Sante Famille** conclu entre l'Association APSAP et l'assureur est régi par le Code des assurances français.

Les statuts de l'Association sont remis à l'Adhérent lors de la souscription et disponibles sur simple demande adressée à l'Association.

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 naturelle 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, trois (3) mois au minimum avant la date prévue de leur entrée en vigueur 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 Meilleurtaux Essentiel Sante Famille**, l'assureur a confié la gestion des adhésions à :

Nom commercial : Meilleurtaux Sante

Siège social : AFI Assurances, 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, avec lequel collabore Meilleurtaux Sante :

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

Immatriculé au registre de l'ORIAS sous le N° 15 001 350

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 l'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

I. LE PRODUIT – LE CONTRAT	2
CHAPITRE 1 : LEXIQUE	5
CHAPITRE 2 : LES GARANTIES	9
2.1 Le cadre juridique.....	9
2.2 L’objet du contrat.....	9
2.3 Ce que garantit le contrat	9
2.4 La modification des garanties	10
2.5 L’étendue territoriale des garanties	11
2.6 Tableau des garanties.....	11
CHAPITRE 3 : LE FONCTIONNEMENT DE VOTRE ADHÉSION	14
3.1 Les personnes assurées	14
3.2 Les conditions et formalités d’adhésion	15
3.3 Vos déclarations.....	15
3.4 Le choix de la formule de garanties	17
3.5 La conclusion et la durée de l’adhésion au contrat	17
3.6 La prise d’effet des garanties - Les délais d’attente - La cessation des garanties	17
3.7 La suspension des garanties.....	18
3.8 La résiliation de l’adhésion au contrat.....	18
3.9 Les cotisations.....	20
3.10 La prescription	21
3.11 La subrogation	22
3.12 Examen des réclamations et procédure de médiation.....	23
3.13 L’autorité de contrôle.....	23
CHAPITRE 4 : LES EXCLUSIONS ET LIMITATIONS DE GARANTIE	24
4.1 Les cas où la garantie ne s’exerce pas.....	24
4.2 Les limitations de la garantie santé	24
CHAPITRE 5 : LE RÈGLEMENT DES PRESTATIONS	24
CHAPITRE 6 : PROTECTION DES DONNEES A CARACTERE PERSONNEL	26

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 **Meilleurtaux Essentiel Sante Famille** 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, ainsi que ses enfants, et toute personne à charge au sens fiscal et vivant sous le même toit.

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 duquel 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^{ème} 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 Sante qui matérialise l'acceptation du Bulletin 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 (à 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 à la suite du 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,

- âgés de 18 à 26 ans inclus, sous réserve :
 - Ⓜ qu'ils produisent un justificatif annuel de scolarité et n'exercent pas d'emploi rémunéré à caractère permanent,
 - Ⓜ qu'ils soient en formation en alternance ou en contrat d'apprentissage, sous réserve de justificatif,
 - Ⓜ qu'ils soient inscrits au Pôle Emploi en tant que primo demandeur d'emploi,
- sans limite d'âge 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^{ème} anniversaire.

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.

Frais réels

Désignent pour certaines dépenses le montant total des frais de soins qui sont facturés. Ce remboursement au frais réel intervient dans la limite des montants facturés et pour la partie non remboursée par l'assurance maladie.

Franchise médicale

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 contractuellement, à chaque échéance principale en fonction de l'âge des assurés.

Long séjour

Service ou unité de soins de longue durée 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, l'accouchement, les suites de couche ainsi que les complications pathologiques de ces événements.

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

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^{ème} 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.

Participation forfaitaire sur les actes les plus coûteux

Participation forfaitaire, s'appliquant sur les actes pratiqués en ville ou en établissement de santé, dont le tarif est supérieur ou égal à 120 € ou dont le coefficient est supérieur ou égal à 60 dans la Nomenclature générale des actes de la Sécurité sociale que le Régime obligatoire peut laisser à la charge de l'Assuré est prise en charge si l'Assuré bénéficie d'actes dont le tarif est égal ou supérieur à un plafond fixé par la réglementation de la Sécurité sociale.

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 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 de soins de suite ou réadaptation (SRR)

Un service de Soins de suite ou réadaptation (SRR) a pour objet de prévenir ou réduire les conséquences fonctionnelles, physiques, cognitives, psychologiques ou sociales des déficiences et des limitations de capacité des patients et de promouvoir leur réadaptation et leur réinsertion.

Service spécialisé

Tout séjour 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 etc.

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 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.

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

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 Participation 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 du Régime obligatoire 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 du plafond de remboursement 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 « 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 - immatriculée sous le numéro RCS 383 974 086 Créteil.

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.

L'augmentation des garanties sera limitée à maximum 2 niveau supérieur par rapport à la garanties souscrite.

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 (proratisation). Pour les équipements en optique le plafond sera recalculé en tenant compte de la période des deux (2) 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 2.1-Cadre juridique).

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 (3) 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 réserve ni opposition formulée auprès de l'assureur dans les trente (30) 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 obligatoire (RO). Les montants exprimés en euros interviennent en complément de l'éventuelle part du Régime obligatoire. Les forfaits intégrant une limite annuelle s'appliquent par bénéficiaire et par année d'adhésion, soit par période de douze (12) mois successifs à compter de la date d'effet de la garantie.

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

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

Seul les équipements Optique, Dentaire et Auditif sont pris en charge dans le cadre de la réforme du 100% SANTE

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.

Sauf intention frauduleuse du souscripteur ou de l'un de ses Ayants droit, les garanties de même nature contractées auprès d'autres organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie et dans le respect des dispositions de l'article L. 121-4 du code des assurances, quelle que soit la date à laquelle l'assurance aura été souscrite. Dans cette limite, le bénéficiaire du contrat peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'assureur de son choix.

Le forfait patient urgence (FPU) est une somme forfaitaire facturée lors d'un passage non programmé dans une structure des urgences d'un établissement de santé, lorsque ce passage n'est pas suivi d'une hospitalisation dans un service de médecine, de chirurgie, d'obstétrique ou d'odontologie au sein de l'établissement. Le forfait patient urgence s'applique depuis le 1^{er}

janvier 2022.

Depuis le 5 avril 2022, vous bénéficiez d'un nouveau dispositif « MonPsy » proposé par l'Assurance maladie : 8 consultations au maximum chez un psychologue partenaire du dispositif en cas de souffrance psychique d'intensité légère à modérée, (remboursées par l'Assurance maladie à hauteur de 60% et à hauteur de 40% par l'Assureur), sur prescription médicale du médecin qui vous suit.



À partir de 18 ans
Âge limite de souscription

NIVEAU 1	NIVEAU 2	NIVEAU 3	NIVEAU 4	NIVEAU 5	NIVEAU 6
55 ans	55 ans	55 ans	55 ans	55 ans	55 ans

HOSPITALISATION & MATERNITE ⁽¹⁾		NIVEAU 1	NIVEAU 2	NIVEAU 3	NIVEAU 4	NIVEAU 5	NIVEAU 6
Honoraires : chirurgie, anesthésie dans le cadre OPTAM ou OPTAM CO*	Année 1 & 2	100%	150%	200%	250%	300%	350%
	Bonus fidélité : dès la 3^{ème} année	125%	200%	250%	300%	350%	400%
Honoraires : chirurgie, anesthésie hors OPTAM ou OPTAM CO*		100%	130%	180%	200%	200%	200%
Frais de séjour hospitalier⁽²⁾	En secteur conventionné	Frais réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels
	En secteur non conventionné	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Forfait journalier hospitalier ⁽³⁾		Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels
Forfait Patient Urgences ⁽⁴⁾		Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Frais de transport (sauf cures et maternité)		100%	100%	100%	100%	100%	100%
Hospitalisation à domicile		100%	100%	100%	100%	100%	100%
Chambre particulière (max 30 jours/an) ⁽⁵⁾		0€/jours	50€/jour	70€/jour	80€/jour	100€/jour	120€/jour
Lit d'accompagnement (max 15 jours/an)		10€/jour	10€/jour	15€/jour	15€/jour	20€/jour	20€/jour
Téléphone, internet, télévision (max 15 jours/an)		5€/jour	5€/jour	5€/jour	5€/jour	5€/jour	5€/jour
MEDECINE COURANTE & PHARMACIE		NIVEAU 1	NIVEAU 2	NIVEAU 3	NIVEAU 4	NIVEAU 5	NIVEAU 6
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%
	Bonus fidélité : dès la 3^{ème} année	150%	175%	200%	250%	300%	350%
Médecins spécialistes et généralistes – Radiologie – Imagerie – Actes techniques médicaux hors OPTAM ou OPTAM CO*		100%	100%	125%	150%	200%	200%
Psychologues conventionnés remboursés par le Régime obligatoire ⁽⁶⁾		Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels
Analyses – examen de laboratoires		100%	100%	125%	150%	200%	200%
Auxiliaire médicaux		100%	100%	125%	150%	200%	200%
Médicaments prescrits remboursés		100%	100%	100%	100%	100%	100%
Prothèses et appareillages (autres que dentaires, aides auditives et équipements optiques)		100%	100%	100%	100%	100%	100%



Meilleurtaux Essentiel Santé Famille Tableau de garanties

		NIVEAU 1	NIVEAU 2	NIVEAU 3	NIVEAU 4	NIVEAU 5	NIVEAU 6
À partir de 18 ans Âge limite de souscription		55 ans	55 ans	55 ans	55 ans	55 ans	55 ans
OPTIQUE <small>Renouvellement limité à 1 équipement (monture + verres) tous les 2 ans à compter de la date d'acquisition et du dernier remboursement du RO, ramené à un an en cas d'évolution de la vue et pour les bénéficiaires de moins de 18 ans, hors exception. **</small>							
100% SANTE 100% Santé »	Verres classe A ^(a)	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels
	Monture classe A	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels
100% Santé »	Verres classe B ^(b) / ^(c)	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	Monture classe B ^(b) / ^(c)	30€	30€	50€	50€	100€	100€
Lentilles prescrites remboursées par le RO		100%	100%	100%	100%	100%	100%
DENTAIRE							
100% SANTE 100% Santé » ^(a)	Soins et prothèses dentaire « 100% Santé »	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels
Soins et prothèses dentaire hors « 100% Santé »		100%	100%	100%	100%	100%	100%
Prothèses dentaires, inlays-core et implantologie hors « 100% Santé » remboursé par le RO		100%	100%	100%	100%	100%	100%
Orthodontie remboursée par le RO		100%	100%	100%	100%	100%	100%
AIDES AUDITIVES <small>Renouvellement limité par bénéficiaire à 1 appareil/oreille tous les 4 ans, à compter du dernier remboursement effectif par le RO</small>							
100% SANTE 100% Santé » ^(a)	Équipement « 100% Santé » ^(a)	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels
Équipement hors « 100% Santé » ^(a)		100%	100%	100%	100%	100%	100%
PREVENTION ET BIEN-ÊTRE							
Prise en charge de l'ensemble des actes de prévention		100%	100%	100%	100%	100%	100%
SERVICES INCLUS							
Assistance		OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI
Tiers payant		OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI
Décompte en ligne		OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI

Les prestations en pourcentage sont exprimées sur la base du tarif de convention et intègrent le remboursement du Régime Obligatoire (RO). Le total des remboursements du Régime obligatoire, de Meilleurtaux Santé et de tout autre organisme complémentaire ne peut excéder le montant des dépenses réellement engagées et le cas échéant des Prix limites de vente (PLV) ou des Honoraires limites de facturation (HLF). Un seul niveau de garantie doit être souscrit pour une même famille. Le 100% SANTE vous permet d'accéder à une offre d'équipements de qualité sans reste à charge pour certaines prestations en dentaire, optique, auditif définies par décret. Si vous ne souhaitez pas bénéficier des prestations comprises dans les remboursements se feront selon les niveaux de garanties prévus au tableau de garanties de la formule que vous aurez choisi.

*OPTAM / OPTAM-CO : dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée qui se distinguent selon la spécialité médicale exercée par le professionnel : OPTAM : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée / OPTAM-CO : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée Chirurgie Obstétrique.

- (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 sauf en cas d'hospitalisation consécutive à un accident où la garantie s'applique totalement.
- (2) Limités à hauteur de la garantie à 30 jours par bénéficiaire et par an en cas d'hospitalisation en établissement médicaux sociaux tel que les maisons d'accueil spécialisées (MAS), les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendante (EHPAD), les Unité de soins de longue durée ne relevant de la définition des établissements de santé. Au-delà de cette limite de 30 jours, la prise en charge sera limitée au ticket modérateur. Pour les séjours en secteur non conventionné le montant des prestations est limité à 90% des frais réels dans la limite du pourcentage de la base de remboursement défini selon le niveau du tableau de garanties.
- (3) Illimité, à l'exception des établissements médicaux sociaux tel que les maisons d'accueil spécialisées (MAS), les établissements

d'hébergement pour personnes âgées dépendante (EHPAD), les Unité de soins de longue durée ne relevant de la définition des établissements de santé.

- (4) Il s'agit de la participation forfaitaire à la charge des assurés en cas de passages aux urgences hospitalières non-suivis d'une hospitalisation.
- (5) Durée limitée à 30 jours par an. SONT EXCLUS de la garantie : les séjours en gérontologie, les séjours en unités de soins de longue durée (USLD), les séjours en établissement d'hébergement pour personnes âgées, les séjours en établissement médicaux-sociaux, les séjours dans le Services spécialisés, les séjours en Services de soins de suite ou réadaptation (SSR).
- (6) Dispositif « MonPsy », dans la limite de 8 séances par an et par assurés.

Informations 100% Santé*

(a) Tels que définis par la réglementation. Le 100% santé permet d'accéder à des offres sans reste à charge pour certaines prestations au niveau des postes dentaire, optique et audiologie. Dans la limite du Prix limite de vente (P.L.V.) ou des honoraires limites de facturation (HLF) sous déduction du Remboursement 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. Le remboursement de la monture est limité à 100 €, remboursement du régime obligatoire inclus.

(c) Conformément à l'article R 871-2 du code de la Sécurité Sociale. Ces garanties s'appliquent aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement composé de deux verres et d'une monture, par période de deux ans, à l'exception des cas pour lesquels un renouvellement anticipé est prévu dans la liste mentionnée à l'article L. 165-1, notamment pour les enfants de moins de 16 ans et en cas d'évolution de la vu en cas d'acquisition de l'équipement en deux temps (d'une part la monture, d'autre part les verres), la période de renouvellement s'apprécie à compter de la date d'acquisition du dernier élément de l'équipement.

(d) Les aides auditives entrant dans le cadre du dispositif 100% santé répondent aux conditions précisées dans la liste prévue à l'article L 165-1. du code de la Sécurité sociale

(e) Conformément à l'article R.871-2 du Code de la Sécurité sociale, le remboursement total des aides auditives hors 100% santé est plafonné à 1700 € par oreille à appareiller.

Les garanties du contrat meilleurtaux essentiel santé 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 meilleurtaux essentiel santé s'adaptera donc automatiquement à la réforme des soins et équipements à prise en charge renforcée (dite « 100% santé*»). 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. 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 métropolitaine Corse et DROM,
- Être majeur civilement responsable,
- Être assujetti à un Régime Obligatoire de Sécurité sociale français, en tant qu'assuré social ou ayant droit,
- Ne pas dépasser l'âge limite d'adhésion de 55 ans à la date de signature du Bulletin d'adhésion, l'âge étant calculé par différence entre le millésime de l'année d'adhésion et le millésime de l'année de naissance.

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

Peuvent également être assurés au titre de votre adhésion, votre conjoint et vos enfants, Ayants-droit aux prestations 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 ». Le niveau de garantie choisi est identique pour tous l'Adhérent et les Ayants droit mentionnés au Certificat d'adhésion.

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° MSSF1 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 un Bulletin d'adhésion comportant :

- Les garanties choisies
- Des indications relatives à la situation personnelle des personnes à assurer. Un complément d'information peut être demandé lors de l'étude du dossier.

Vous devez également fournir la copie de votre attestation de droit à votre Régime obligatoire.

L'acceptation de l'adhésion est conditionnée aux réponses aux différentes demandes d'information. L'ensemble des réponses aux questions du Bulletin 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 Meilleurtaux Santé toute modification relative à votre situation entre la date de signature du Bulletin 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.

En cas d'adhésion à distance, vous êtes informé de manière claire et compréhensible des différentes étapes à suivre pour la conclusion de l'adhésion, ainsi que des caractéristiques essentielles du Contrat et des cotisations.

Votre adhésion est réalisée sur la base des renseignements que vous avez fournis en réponse au Bulletin d'adhésion qui vise à recueillir les éléments permettant votre identification, celle de vos Ayants droit et l'évaluation du risque à assurer.

En signant électroniquement le Bulletin d'adhésion, vous vous engagez sur l'exactitude de l'ensemble des déclarations, manifestez votre accord sur les termes, conditions et caractéristiques de votre adhésion au Contrat et reconnaissez avoir pris connaissance au préalable et accepté la Notice d'information.

Le processus de signature électronique, est entièrement sécurisé et garantit l'authenticité et l'intégrité des informations communiquées. La signature électronique est un élément indispensable à la validité de votre adhésion au Contrat.

Dès votre adhésion finalisée et après acceptation de l'Assureur, votre Certificat d'adhésion est émis. Vous recevez un e-mail de confirmation à l'adresse électronique préalablement communiquée, attestant de l'enregistrement de votre adhésion en ligne par Meilleurtaux Santé. Cet e-mail vous permet d'accéder à nouveau à l'ensemble de votre dossier d'adhésion.

Chaque document contractuel mis à votre disposition peut faire l'objet d'une impression sur support papier et d'un enregistrement au format PDF destiné à être durablement conservé. Ces documents sont également archivés sur un support fiable et durable, et sont accessibles à tout moment dans l'espace personne de l'Adhérent pendant un délai conforme aux exigences légales.

Par dérogation à l'article 1359 du Code civil, il est convenu qu'en cas d'adhésion à distance par téléphone ou par internet, les données sous forme électronique et les enregistrements téléphoniques conservés vous seront opposables et pourront être admis comme preuve de votre identité, de celle de vos Ayants droit et de votre consentement relatif, tant à l'adhésion au Contrat, qu'aux dispositions générales telles que prévues dans la présente Notice d'information dûment acceptées par vous.

3.3 Vos déclarations

3.3.1 À l'adhésion

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

Vous devez répondre aux questions et demandes de renseignements figurant dans le Bulletin d'adhésion et dans la fiche d'information et de conseil avec précision

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

3.3.2 En cours d'adhésion

En cours d'adhésion, et conformément à l'article L 113-2 du code des assurances, l'Adhérent doit informer Meilleurtaux Santé 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 ;

- Changement de coordonnées bancaires
- Acquisition de la Complémentaire Santé solidaire.

3.3.3 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 quinze (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 adressées à Meilleurtaux Santé, dans les délais précités à partir du moment où vous en avez eu connaissance, À défaut, Meilleurtaux Santé se réserve le droit de refuser l'ajout ou la radiation de l'Ayant droit à la date de l'événement et prendra en compte la date de déclaration faite en cours de contrat.

3.3.4 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.

3.3.5 Les conséquences la réticence, fausse déclaration, omission ou déclaration inexacte

Toute omission ou inexactitude dans les déclarations à la souscription ou en cours de Contrat entraîne l'application des sanctions prévues par le Code des assurances.

Si l'omission ou l'inexactitude est intentionnelle, l'Assureur pourra, conformément à l'article L 113-8 du code des assurances, invoquer la nullité du Contrat et conserver les cotisations à titre de dommages et intérêts.

Si l'omission ou l'inexactitude n'est pas intentionnelle (article L 113-9 du code des assurances) :

- après un sinistre, les prestations sont réduites à proportion des cotisations payées par rapport à celles qui auraient été dues si les risques avaient été complètement et exactement déclarés.

- avant un sinistre, l'Assureur a la faculté soit de maintenir le Contrat en cours moyennant une augmentation de cotisation, soit de résilier le Contrat.

Toute production intentionnelle par un des Assurés de documents falsifiés ou de déclarations fausses entraîne la déchéance de tout droit à prestations.

Si l'absence ou le retard de déclaration cause un préjudice à l'Assureur, celui-ci pourra invoquer la déchéance des garanties et ne pas procéder au règlement des prestations conformément à l'article L 113-2 du code des assurances.

3.4 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 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^{ème} année du contrat à compter de la date d'effet de l'adhésion.

3.5 La conclusion et la durée de l'adhésion au contrat

3.5.1 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.

3.5.2 La durée de l'adhésion

L'adhésion au contrat est conclue par l'accord entre l'Adhérent et l'Assureur, via Meilleurtaux Santé pour une durée annuelle à compter de la Date d'effet de l'adhésion.

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 3.8 - Résiliation de l'adhésion aux contrats.

L'adhésion prend fin à l'extinction de la totalité de vos garanties d'assurance.

Lorsqu'un Assuré cesse d'appartenir à l'effectif assurable ou cesse de remplir les conditions pour être Assuré, toutes ses garanties prennent automatiquement fin à la date à laquelle il cesse de remplir les conditions pour être assuré au titre du Contrat.

3.6 La prise d'effet des garanties - Les délais d'attente - La cessation des garanties

3.6.1 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.

3.6.2 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 particulière est exclue, sauf en cas d'hospitalisation consécutive à un accident où la garantie s'applique totalement.

3.6.3 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 ou du contrat **Meilleurtaux Essentiel Sante Famille**

conclu entre l'Association APSAP et l'Assureur,

3.7 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 l'article 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.

3.8 La résiliation de l'adhésion au contrat

3.8.1 Par l'Adhérent

L'adhésion peut être résiliée :

- Au 31 décembre de chaque année moyennant le respect d'un délai de préavis de deux (2) mois à compter de la date d'envoi par l'Adhérent d'une notification à Meilleutaux Santé.
- Après douze (12) mois d'adhésion, L'Adhérent pourra procéder à la résiliation de son contrat à tout moment en le notifiant par écrit à Meilleutaux santé. La résiliation prendra alors effet un (1) mois à compter de la date de réception de sa notification à Meilleutaux Santé. La résiliation peut également être notifiée, par le nouvel organisme assureur ou l'un de ses représentants par une lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique, auprès de Meilleutaux santé et sous réserve que ces derniers disposent d'un mandat écrit de la part de l'adhérent. Meilleutaux santé adressera à l'Adhérent un avis de réception précisant la date de prise d'effet de la résiliation.

- 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 3.9.9 – La révision du tarif.
- Dans le cas où l'adhérent est tenu de s'affilier, à titre professionnel, à un contrat d'assurance à adhésion obligatoire offrant des garanties de remboursement complémentaire santé.

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

3.8.2 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.

3.8.3 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 3.6.3 - La cessation des garanties.
- Lorsque l'adhérent perd la qualité de résident fiscal français, ou réside en dehors du territoire français plus de trois (3) mois par an (en une ou plusieurs périodes).
- Lorsque l'adhérent et/ou ses Ayants droit ne relève(nt) plus d'un Régime obligatoire d'assurance maladie français.
- Perte de la qualité de membre de l'Association

3.8.4 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 Sante - 12 rue du Bois Guillaume - EVRY CEDEX

Adresse courrier électronique : resiliationsante@meilleurtaux.com

Les délais de notification de la résiliation partent du jour d'envoi de la lettre pour les courriers postaux (le cachet de la Poste faisant foi), de la date du courrier électronique, de la date de la déclaration au Gestionnaire ou de l'acte d'huissier.

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.

3.8.5 Conséquences de la résiliation

La résiliation de l'adhésion met fin aux garanties pour l'ensemble des Assurés à la date d'effet de la résiliation.

L'Adhérent sera redevable de la part de cotisation correspondant à la période jusqu'à laquelle les garanties sont en vigueur. En cas de trop versé de sa part, Meilleurtaux Santé remboursera à l'Adhérent sous un délai de trente (30) jours à compter de la date de résiliation de ses garanties.

En cas de résiliation de l'adhésion, les prestations sont dues pour les soins et traitement, jusqu'à la date d'effet de la résiliation de l'adhésion. Les soins effectués après la résiliation de l'Adhésion ne feront l'objet d'aucun remboursement de la part de Meilleurtaux santé y compris ceux liés à une Hospitalisation ayant débutée avant la résiliation, quand bien même ils peuvent être rattachés à une maladie ou un Accident antérieurs à la résiliation. Les actes médicaux et les jours d'Hospitalisation antérieurs à la résiliation feront l'objet d'un remboursement complémentaire.

3.8.6 Le droit de renonciation en cas de vente à distance

En cas d'adhésion à distance, l'Adhérent dispose d'un droit de renonciation dans les conditions prévues par l'article L112-2-1 du Code des Assurances. L'Adhérent peut renoncer au Contrat dans un délai de quatorze (14) jours calendaires révolus, sans motif ni pénalités.

Ce délai commence à courir :

- Soit à compter du jour où le Contrat est conclu. Cette date correspond à la date figurant au Certificat d'adhésion ;
- Soit à compter du jour où l'Adhérent reçoit les conditions contractuelles et les informations, conformément à l'article L 121-28 du Code de la Consommation, si cette dernière date est postérieure

Pour exercer sa faculté de renonciation, l'Adhérent doit adresser à Meilleutaux santé sa demande par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique soit :

A l'adresse postale : Meilleurtaux Sante - 12 rue du Bois Guillaume - EVRY CEDEX

A l'adresse électronique : resiliationsante@meilleurtaux.com

en reprenant la mention suivante :

« Je soussigné(e) (nom, prénom, adresse) désire renoncer à la souscription de mon contrat Meilleurtaux Essentiel Santé Famille souscrit le et demande le remboursement intégral des sommes qui me sont dues (le cas échéant)».

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

Le Contrat peut être exécuté immédiatement et intégralement à compter de sa conclusion à la demande expresse de l'Adhérent. Dans ce cas, lorsque celui-ci exerce son droit, il ne peut être tenu qu'au paiement proportionnel de la prime correspondante à la période d'assurance, à l'exclusion de toute pénalité.

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 (30) jours. Au-delà de ce délai, les sommes non versées produisent de plein droit intérêt au taux légal. L'exercice de la faculté de renonciation met rétroactivement fin à toutes les garanties de l'adhésion qui est réputée n'avoir jamais existée.

Dès lors qu'il a connaissance d'un sinistre mettant en jeu la garantie du Contrat, l'Adhérent ne peut plus exercer ce droit de renonciation.

3.9 Les cotisations

3.9.1 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.

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 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 de dispositions impératives.

3.9.2 La variation des cotisations

Les cotisations évoluent au 1er anniversaire du Contrat puis le 1er janvier de chaque année en fonction de l'âge atteint de l'Adhérent.

En sus de la clause d'indexation liées à l'âge, reprise ci-dessus, les cotisations évoluent à chaque échéance principale de l'adhésion en fonction

- de l'équilibre technique du contrat collectif facultatif souscrit par l'association APSAP
- d'éventuelles, modifications des prestations allouées par du Régime obligatoire
- du fait d'une modification des dispositions législatives et/ou réglementaires.

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 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 3.8 - Résiliation de l'adhésion au contrat.

Les cotisations peuvent également évoluer en cours d'adhésion afin de prendre en compte :

- De changement de garanties,
- D'ajout ou sortie de bénéficiaire,
- De changement de domicile entraînant un changement de zone tarifaire.

En cas d'ajout ou de radiation d'un Ayant droit la cotisation en vigueur est augmentée ou diminuée 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.

L'Adhérent est informé de la modification tarifaire avant son entrée en vigueur moyennant l'envoi d'un avenant ou d'un appel de cotisation.

3.9.3 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.

3.9.4 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 3.8.2 -. Si l'adhérent ne paie pas intégralement la cotisation dans les dix (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 (30) 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 (10) 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 (10) 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.

3.9.5 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.

3.10 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^e 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, arrrages de rente, pensions alimentaires, loyers, fermages, charges locatives, intérêts des sommes prêtées et, généralement, les actions en paiement de tout ce qui est payable par années ou à des termes périodiques plus courts.

Article 2236 du Code civil

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

Article 2237 du Code civil

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

Article 2238 du Code civil

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

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

Article 2239 du Code civil

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

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

3.11 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.

3.12 Examen des réclamations et procédure de médiation

3.12.1 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 :

Premier contact : votre interlocuteur habituel

En cas de réclamation concernant son adhésion au contrat, dans un premier temps, l'Adhérent est invité à prendre contact avec son interlocuteur habituel.

Deuxième contact : le service réclamations

Si un désaccord persiste, l'Adhérent peut intervenir auprès du service réclamations :

- Par courrier adressé à : Meilleurtaux Sante – Service Réclamations, 12 rue du Bois Guillaume, 91055 EVRY COURCOURONNES Cedex, en - précisant son numéro de contrat,
- Par e-mail adressé à reclamationsante@meilleurtaux.com en précisant son numéro de contrat.
- Meilleurtaux Sante 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.

3.12.2 La médiation

L'adhérent a également la possibilité de saisir la médiation de l'assurance dans un délai de deux (2) mois après l'envoi d'une première réclamation, quel que soit l'interlocuteur ou le service auprès duquel elle a été formulée et qu'il y ait été ou non répondu.

Le médiateur de l'assurance peut être saisi

- par voie électronique, en complétant le formulaire disponible sur le site internet :
<https://www.mediation-assurance.org>
- Ou par courrier, 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.

3.13 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 2.1 - Le cadre juridique de la Notice d'information, 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
- Les soins et la chirurgie esthétique non pris en charge par la Sécurité sociale
- Elles ne garantissent également pas les frais relatifs à des séjours en établissements médico-sociaux, 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 SG SANTE - 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 dispense d'avance de frais pour les prestations indiquées sur l'attestation selon les modalités précisées.

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

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

5.1.2 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 SG SANTE 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
La médecine courante	<ul style="list-style-type: none"> Les décomptes originaux des prestations du régime obligatoire
L'hospitalisation	<ul style="list-style-type: none"> L'original du décompte des prestations du régime obligatoire. Les originaux des factures de l'établissement hospitalier, les notes d'honoraires des chirurgiens et autres frais acquittés justifiant les dépenses réelles, lorsque les frais n'ont fait l'objet d'aucun remboursement par le régime obligatoire.
L'optique	<ul style="list-style-type: none"> L'original du décompte du régime obligatoire ; la facture détaillée établie par l'opticien. La facture détaillée acquittée établie par l'opticien pour les lentilles prescrites non remboursées.
Le dentaire	<ul style="list-style-type: none"> L'original du décompte du régime obligatoire ; la facture détaillée établie par le dentiste.
La chirurgie réfractive	<ul style="list-style-type: none"> La prescription médicale, ainsi que l'original de la facture détaillée de l'établissement hospitalier
Les appareillages	<ul style="list-style-type: none"> L'original du décompte du régime obligatoire ; la facture détaillée.
Vaccins et contraception non remboursés	<ul style="list-style-type: none"> La copie de la prescription médicale ainsi que l'original de la facture détaillée
La médecine naturelle non remboursée	<ul style="list-style-type: none"> Les notes d'honoraires et autres factures acquittées justifiant les dépenses réelles ; l'original de l'ordonnance établie par un médecin.

Si l'Adhérent, 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, Meilleurtaux santé 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, sous pli confidentiel, 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 (2) ans suivant la date de cessation des soins, sous peine de déchéance. Le délai est ramené à trois (3) mois en cas de résiliation de l'adhésion.

5.5 Les sanctions

Si l'Assuré refuse de se soumettre au contrôle médical sans motif valable, il est déchu de tout droit aux prestations en cause. Le refus injustifié de se soumettre à un contrôle médical reporte de plein droit la mise en jeu des garanties jusqu'à l'accomplissement de cette formalité.

CHAPITRE 6 : PROTECTION DES DONNEES A CARACTERE PERSONNEL

6.1. Données à caractère personnel

Dans le cadre de nos relations, PREVOIR VIE – GROUPE PREVOIR 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).

Vous pouvez vous référer à notre Politique de protection des données régulièrement actualisée accessible en ligne sur le site www.meilleurtauxsante.com

Dans le cadre de nos relations, PREVOIR VIE – GROUPE PREVOIR et Meilleurtaux Sante 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).

PREVOIR VIE – GROUPE PREVOIR, 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 Sante, en sa qualité de *courtier et déléataire* de gestion, 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 PREVOIR VIE – GROUPE PREVOIR et Meilleurtaux Sante, 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 :

Finalité : Passation, gestion, exécution des contrats d'assurance	Bases légales des traitements
<ul style="list-style-type: none">• Etude des besoins spécifiques de chaque assuré afin de proposer des contrats adaptés• Examen, acceptation, contrôle et surveillance du risque• Exécution des garanties des contrats• Gestion des contrats et Gestion des clients• Exercice des recours• Gestion des réclamations et des contentieux	Exécution du contrat

<input type="checkbox"/> 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)	Respect d'obligations légales
<ul style="list-style-type: none"> • Mise en place d'actions de prévention proposées par l'assureur • Gestion du client intra-groupe • Conduite d'activités de recherche et développement • Opérations de communication et de fidélisation de la clientèle ou d'amélioration de la qualité du service • Respect des obligations prudentielles prévues par la législation européenne et la législation nationale 	Intérêt légitime
Finalité : Lutte contre la fraude à l'assurance	Bases légales des traitements
<ul style="list-style-type: none"> • 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, • Gestion des alertes en cas d'anomalies, d'incohérences ou de signalements, • Constitution de listes des personnes dûment identifiées comme auteurs d'actes pouvant être constitutifs d'une fraude, • Gestion des procédures amiables, contentieuses, et disciplinaires consécutives à un cas de fraude, • Exécution des dispositions contractuelles, législatives, réglementaires ou administratives en vigueur applicables consécutivement à une fraude. <p>Ces traitements permettent de prévenir, de détecter ou de gérer les opérations, actes, ou omissions présentant un risque de fraude.</p>	Intérêt légitime
Finalité : prospection commerciale	Bases légales des traitements
<ul style="list-style-type: none"> • Réalisation des opérations relatives à la gestion des prospects • Acquisition, cession, location ou l'échange des données relatives à l'identification des prospects de l'Organisme d'assurance 	Intérêt légitime

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 cinq (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 cinq (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 cinq (5) ans maximum à compter de l'inscription.

Dans le cadre de la prospection commerciale, les données sont conservées pour une durée de trois (3) ans maximums 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 Sante et de l'Assureur et de SG santé ainsi qu'à toutes 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 des capitaux 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 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) 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 Sante par un courrier adressé au DPO 12 rue du bois Guillaume, 91000 ÉVRY COURCOURONNES, ou par email à dpo-sante@meilleurtaux.com ou auprès du Médecin Conseil de SG SANTE à 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 Sante : 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 Sante 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 Sante 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 Sante 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 Sante 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 Sante pour la remise en place du service. Il appartient à l'adhérent d'aviser immédiatement Meilleurtaux Sante de tout changement d'adresse e-mail. L'adhérent déclare et reconnaît en outre que tout écrit qui lui sera transmis par Meilleurtaux Sante 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 Sante

Pour conserver un envoi postal, sans frais, l'adhérent pourra adresser sa demande par courrier à l'adresse suivante : Meilleurtaux Sante -12 rue du Bois Guillaume, 91055 ÉVRY 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 Sante.

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 Sante 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 Sante, 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 Sante.

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 douze (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 Sante.

À défaut de réception de ce courrier électronique dans les douze (12) heures de la demande d'opération, l'adhérent doit immédiatement en informer Meilleurtaux Sante en précisant les informations qui ont été saisies sur son site ; Meilleurtaux Sante 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 Sante.

Pour informer Meilleurtaux Sante, 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.



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

Meilleurtaux sante, marque exploitée par 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

PREVOIR VIE – GROUPE PREVOIR

Société anonyme au capital de 81 000 000 €, entreprise régie par le Code des assurances, immatriculée au RCS de
PARIS sous le n° 343 286 183

19, rue d'Aumale – CS40019 – 75306 PARIS Cedex 09

MUTUAIDE ASSISTANCE

8-14, avenue des Frères Lumière - 94368 BRY SUR MARNE 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

Immatriculé au registre de l'ORIAS sous le N° 15 001 350