

Actiforme Santé

Notice d'information

(Référence : Actiforme Santé/V1 06-2010 - 5 pages)

Relative au contrat collectif à adhésion individuelle **Actiforme Santé**
N° A 4561 0001 et A 4561 0002

- souscrit par : **Association Générale Interprofessionnelle de Solidarité (AGIS)**, Association Loi 1901, Déclaration Préfecture de Paris n° 546967 P, Siège : 86, boulevard Haussmann - 75380 Paris cedex 08, ci-après désignée, « AGIS » ou « Association »,
- auprès de : **SwissLife Prévoyance et Santé**, l'Assureur, entreprise régie par le Code des Assurances - S.A au capital de 150 000 000 € Siège : 86, boulevard Haussmann 75380 Paris cedex 08 - RCS Paris 322 215 021, ci-après dénommé « Assureur »,
- la gestion des adhésions au contrat, par délégation de l'Assureur, est effectuée par **CEGEMA Assurances**, dénommé ci-après « CEGEMA »,
- le contrat **Actiforme Santé** a été négocié pour le compte de l'AGIS, auprès de l'Assureur par **CEGEMA Assurances** qui le commercialise à titre exclusif via un intermédiaire d'assurances partenaire.

CEGEMA Assurances

SA de courtage d'assurances et de gestion au capital de 300.000 €
RCS Antibes B378966485 - Siège social : 679, avenue du Docteur Julien Lefebvre - BP 189 - 06272 Villeneuve Loubet Cedex. Enregistré au registre national des intermédiaires d'assurances sous le numéro N° 07 001 328, information consultable sur le site Internet de l'ORIAS www.orias.fr

Lexique

- Adhérent** : La personne signant la demande d'adhésion, acquitte les cotisations et ainsi fait accéder aux garanties dudit contrat.
- Assuré** : La (ou les) personne(s) garantie(s) par l'adhésion et désignée(s) au Certificat d'Adhésion.
- Conjoint** : Est considéré comme conjoint l'époux ou l'épouse de l'Adhérent, non divorcé(e), ni séparé(e) de corps judiciairement, son cosignataire d'un pacte civil de solidarité ou son (sa) concubin(e) notoire.
- Couple** : Est considéré comme couple, l'Adhérent et son conjoint.
- Enfant** : Il s'agit de votre ou de vos enfants fiscalement à votre charge, ou ceux de votre conjoint. La garantie cesse à leur égard à la fin de l'année suivant leur 25ème anniversaire. A compter de 18 ans les enfants peuvent continuer à être assurés dans le cadre de l'adhésion des parents moyennant l'acquittement d'une cotisation adulte.
- Age** : L'âge de l'Assuré est calculé par différence de millésimes, entre l'année de l'adhésion et l'année de naissance.
- Conclusion de l'adhésion** : L'adhésion est conclue par l'accord entre l'Adhérent et l'Assureur. La date de conclusion est indiquée au Certificat d'Adhésion.
- Année d'assurance** : Période s'écoulant entre deux dates anniversaires de la date d'effet des garanties.
- Echéance principale** : 1^{er} janvier de chaque année, date à laquelle se renouvelle chaque année votre adhésion au contrat.
- Echéance annuelle** : Correspond au 1^{er} jour du mois d'adhésion de l'Assuré principal.
- 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 pendant cette période.
- Garantie** : Elle correspond aux prestations assurées dans le cadre de l'option retenue cumulées à celles des renforts éventuellement souscrits, qui forment un tout indissociable et constituent ainsi la garantie.
- Régime Obligatoire (RO)** : C'est le Régime Obligatoire d'assurance maladie de Sécurité Sociale Française dont relève l'Assuré.
- Base de Remboursement de la Sécurité Sociale (BR)** : Tarif sur la base duquel est calculé le remboursement effectué par le Régime Obligatoire de Sécurité Sociale Française dont relève l'Assuré, ce tarif peut varier selon que le praticien est conventionné ou non conventionné.
- Plafond annuel de remboursement** : Seuil limite annuel de la prise en charge par l'Assureur d'une dépense pour un type d'acte.
- Nous** : Il s'agit de nous, l'Assureur.
- Vous** : Il s'agit de vous, l'Adhérent au contrat.

Préambule

Votre adhésion au contrat est :

- régie par les dispositions qui suivent dans le présent document. La loi applicable est la loi française, notamment par le Code des Assurances. En accord avec l'AGIS et vous même nous nous engageons à utiliser la langue française pendant toute la durée de votre adhésion,
- constituée des éléments suivants :
 - la présente **Notice d'information** qui définit les conditions d'application de votre adhésion au contrat,
 - 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 vos remboursements,
 - le **Certificat d'Adhésion** qui précise notamment les différentes dispositions personnelles de votre adhésion, les personnes assurées, l'étendue et les modalités des garanties effectivement souscrites,
 - le **tableau des garanties** qui précise les dépenses de santé garanties.

Art.1 - Objet du contrat

Le contrat **Actiforme Santé** a pour objet de permettre à l'Adhérent de bénéficier durant la période de validité de son adhésion au contrat, du remboursement de ses dépenses de santé suite à maladie, accident ou hospitalisation (**Garantie Santé**).

Il prévoit, dans le cadre des différentes formules proposées,

le **remboursement partiel du coût de l'abonnement de Longue Durée**

(**L.D.** : supérieure ou égale à 9 mois), à ceux des Adhérents qui sont membres d'un organisme dispensant des activités physiques et/ou sportives (Club, Association, Groupement, etc...).

Une garantie optionnelle leur permet également de bénéficier du versement d'une indemnité journalière en cas d'hospitalisation (**Garantie Compensation Hospitalière**).

Ces garanties peuvent être étendues aux membres de la famille de l'Adhérent.

Art.2 - Nature des garanties du contrat

Garanties «contrat solidaire » : L'accès au contrat et à ses garanties est acquis quel que soit l'état de santé de l'Adhérent, qui n'aura pas à répondre à un questionnaire de santé.

Garanties «contrat responsable » : Les différentes formules de garantie santé du contrat **Actiforme Santé** respectent l'ensemble des dispositions fixées par les articles L.871-1 et L.871-2 du Code de la Sécurité Sociale, ainsi que ses textes d'application détaillés dans l'article L.162-5-3, dont notamment :

- le remboursement de certaines prestations de prévention dans les conditions définies par l'article R871-2 du Code de la Sécurité Sociale,
- la non prise en charge des pénalités résultant du non respect du parcours de soins, tels que, la majoration du ticket modérateur appliquée par le Régime Obligatoire, le reste à charge sur les dépassement d'honoraires des actes cliniques et techniques, suivant les dispositions du 18° de l'article L.162-5 du Code de la Sécurité Sociale, les franchises, majorations, et participations forfaitaires.

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

Art.3 - Qui peut adhérer au contrat ?

Pour adhérer au contrat, vous devez :

- adhérer à l'Association AGIS,
- relever d'un Régime Obligatoire d'assurance maladie, en tant qu'assuré social ou ayant-droit,
- être âgé de 18 ans ou plus,
- respecter l'âge limite d'adhésion précisé dans l'article 4.

Dispositions spécifiques au contrat N° A 4561 0001 (Loi Madelin : Contrat réservé aux seuls Adhérents sous statut TNS souhaitant bénéficier de la possibilité de déductibilité fiscale des cotisations de leur régime complémentaire santé) :

Pour adhérer à ce contrat vous devez relever du Régime Obligatoire d'assurance maladie des Travailleurs Non Salariés et vous engager à être à jour, pendant toute la durée de votre adhésion au contrat, de vos cotisations auprès des Régimes Obligatoires de base.

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

L'Adhérent, et s'ils sont désignés sur le Certificat d'Adhésion, son conjoint, et ses enfants à charge.

Les Assurés doivent par ailleurs être affiliés auprès d'un Régime Obligatoire en tant qu'assuré social ou ayant droit.

- Age limite d'adhésion aux formules Acti' Santé** : 80 ans (65 ans pour la formule **Acti' Santé 300**) ;
- Age limite de souscription de la Garantie Compensation Hospitalière** : 60 ans.

Art.5 - Effet, durée et renouvellement de l'adhésion

L'adhésion prend effet à la date mentionnée sur le Certificat d'Adhésion. Elle se renouvelle ensuite au 1er janvier de chaque année (**échéance principale**) sauf

dénonciation par vous, nous, ou l'AGIS dans les conditions mentionnées à l'article 14 : «Art.14 - Résiliation». Vous ne pourrez toutefois demander la résiliation que si votre adhésion a une durée effective minimum de 12 mois.

Art.6 - Conclusion, Prise d'effet, Délais d'attente

L'adhésion est conclue par l'accord entre l'Adhérent et l'Assureur. La date de conclusion est indiquée au Certificat d'Adhésion.

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

La garantie prend effet à compter de la date d'effet mentionnée sur le Certificat d'Adhésion à l'égard de chaque personne assurée, et expiration du délai d'attente éventuel.

Délai d'attente :

- Garantie Santé : Aucun pour les prestations garanties dans le cadre des différentes formules.
- Garantie Compensation Hospitalière : 3 mois sauf si l'hospitalisation résulte des suites d'un accident.

Art.7 - Territorialité

La garantie du contrat s'exerce en France Métropolitaine ou dans un Département d'Outre Mer (Martinique, Guadeloupe, Réunion, Guyane). Elle s'étend aux accidents, maladies et hospitalisations survenus à l'étranger lorsque le régime de base de l'Assuré s'applique et que les séjours en dehors du territoire français et monégasque ne dépassent pas trois mois par an en une ou plusieurs périodes.

Art.8 - Les exclusions et les limitations

8.1 - Les exclusions

Ne donnent pas lieu à indemnisation les frais et/ou hospitalisation relatifs à des actes ou soins commencés ou prescrits avant la date d'effet ainsi que ceux qui sont la conséquence de :

- de la pratique par l'Assuré de tout sport à titre professionnel ou de sa participation à des paris ou tentatives de record,
- de l'alcoolisme, de l'éthylisme ou de la toxicomanie de l'Assuré,
- d'un acte intentionnel de la part de l'Assuré ou de sa tentative de suicide consciente ou inconsciente,
- de la guerre étrangère ou guerre civile, de la participation de l'Assuré à des opérations militaires, à des altercations ou des rixes (sauf cas de légitime défense),
- des effets directs ou indirects d'origine nucléaire ou causés par toute source de rayonnements ionisants (sauf s'il s'agit d'un dysfonctionnement ou d'une erreur de manipulation d'un instrument au cours d'un traitement auquel l'Assuré est soumis à la suite d'un événement garanti).

De plus ne sont pas pris en charge :

- les séjours en établissements hélimarins ou de thalassothérapie,
- les frais relatifs aux soins effectués antérieurement à la date d'adhésion ou postérieurement à la date de cessation des garanties,
- les frais relatifs aux établissements de longs séjours, de gériatrie, de retraite, d'hospice,
- les cures de sommeil, amaigrissement, rajeunissement, désintoxication, ainsi que leurs suites,
- les prothèses dentaires provisoires,
- les séjours et frais relatifs aux établissements ou service de désintoxication, de post cure, les CCAA, ainsi que les CAARUD,
- les frais ou séjours en établissements médico-sociaux, ainsi que les LHSS,
- les frais de traitement et d'intervention chirurgicale à caractère esthétique non consécutifs à un accident ; le caractère esthétique est établi par le Médecin Conseil de CEGEMA indépendamment de tout accord ou refus de prise en charge du Régime Obligatoire de l'Assuré.

Toutefois en cas de survenance d'un des événements mentionnés ci-dessus la garantie prendra en charge le remboursement des frais prévus à l'article R871-2 du Code de la Sécurité Sociale à hauteur des limites minimales qui y sont précisées.

En aucun cas, le versement à titre exceptionnel d'une participation sur une prestation non garantie par le contrat *Actiforme Santé* ne pourra être considéré comme l'acceptation tacite du risque par CEGEMA ou l'Assureur.

8.2 - Limitations

- les séjours de rééducation, convalescence, réadaptation fonctionnelle sont limités selon la formule souscrite à 60 par an et par Assuré pour l'ensemble de ces séjours, et la chambre particulière au titre de ces séjours est limitée à 30 jours par événement,
- les séjours dans les établissements ou service de psychiatrie ou de neuropsychiatrie sont limités selon la formule souscrite à 30 par an et par Assuré pendant toute la durée de l'adhésion au contrat,
- la prise en charge des consultations effectuées par un psychiatre, un neuropsychiatre, ainsi qu'un pédopsychiatre, à hauteur des garanties précisées dans le tableau des garanties est limitée toutes spécialités confondues, à 6 par an et par Assuré, dès lors et même si ces soins ont fait l'objet d'une prise en charge par le Régime Obligatoire,

- Seule la partie chirurgicale de l'implant dentaire sera prise en compte dans le forfait réservé à la pris en charge des actes non remboursables par le RO.

Art.9 - Vos déclarations

9.1 - A l'adhésion

Pour souscrire l'une ou l'autre des formules de garantie proposées dans le cadre du contrat *Actiforme Santé*, vous devez répondre, sous forme de déclaration, à une demande d'information concernant la situation personnelle des personnes à assurer.

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

9.2 - En cours d'adhésion

Vous devrez nous déclarer au plus tard dans les 15 jours :

- toute modification des éléments spécifiés au Certificat d'Adhésion,
- les changements ou cessation d'affiliation d'un des Assurés à un Régime Obligatoire,
- les changements de domicile.

Si les éléments modifiés constituent :

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

Pour toute inscription d'un nouvel Assuré dans le cadre de votre adhésion, il faut procéder aux déclarations prévues. Les conditions d'accès à l'assurance sont les mêmes que celles définies pour l'Adhérent et les éventuels Assurés lors de l'adhésion.

Toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle, toute omission ou déclaration inexacte, faite lors de l'adhésion ou en cours d'adhésion, entraîne l'application suivant les cas, des articles L.113-8 (nullité de l'adhésion) et L.113-9 (réduction des indemnités) du Code des Assurances.

9.3 - Les autres documents à nous transmettre

Pour vous apporter la qualité de service attendue concernant la gestion de votre adhésion et notamment celles relatives au remboursement des frais de santé et au paiement de vos cotisations, certaines informations complémentaires ou documents vous seront également demandés.

9.4 - Validité de vos déclarations

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

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

Art.10 - Vos cotisations

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

En début d'adhésion :

Le montant de votre cotisation est mentionné sur le Certificat d'Adhésion. Il est déterminé en fonction de la formule de garantie choisie, des garanties optionnelles souscrites, de l'âge des Assurés du lieu de votre domicile, de la composition familiale et/ou du (ou des) Régime(s) Obligatoire(s) dont ils relèvent lors de la prise d'effet des garanties.

- **Gratuité de la cotisation à compter du 3^{ème} enfant de moins de 18 ans**

En cours d'adhésion :

En cours d'adhésion les cotisations évoluent lors de chaque renouvellement annuel de 2% jusqu'à l'âge de 65 ans et de 3,5% à partir de 66 ans.

En cas d'ajout d'un nouvel Assuré, la cotisation en vigueur est augmentée du montant de la cotisation respective lors de la prise d'effet de sa garantie. Si l'arrivée d'un nouvel assuré entre dans le cadre de la réduction familiale, celle-ci sera alors appliquée. Le montant de la cotisation sera mentionné sur le nouveau Certificat d'Adhésion ou sur l'avenant correspondant.

Votre cotisation peut évoluer en cas de changement :

- du Régime Obligatoire d'un des Assurés.
- de domicile de l'Adhérent dès qu'il y a un changement de zone géographique tarifaire.

Pour la détermination du montant de la cotisation, l'âge de l'Assuré retenu est calculé par différence de millésimes entre l'année de l'adhésion et l'année de naissance.

10.2 - La variation de vos cotisations

Lors de chaque échéance principale votre cotisation, en dehors de la variation prévue en fonction de l'âge des Assurés, évoquée ci-dessus :

- évoluera en fonction du taux d'accroissement des dépenses de santé publié par la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des travailleurs salariés.
- pourra également varier en fonction de l'évolution de la consommation constatée sur l'ensemble des adhésions respectives du contrat.
- pourra évoluer immédiatement et automatiquement ou alors à l'échéance principale en cas de modification des conditions de remboursements et / ou des remboursements pris en charge par votre Régime Obligatoire et/ou en cas d'évolution des impôts et taxes établis sur votre cotisation postérieurement à votre adhésion.

10.3 - Le paiement de vos cotisations

Votre cotisation est mensuelle, trimestrielle, semestrielle ou annuelle et payable d'avance à CEGEMA.

Les modalités convenues pour le paiement de la cotisation (périodicité et mode de règlement) sont mentionnées sur la demande d'adhésion.

10.4 - Le non paiement de vos cotisations

A défaut de paiement de votre cotisation ou d'une fraction de celle ci dans les 10 jours suivants son échéance, CEGEMA pourra, indépendamment de notre droit, poursuivre l'exécution de votre adhésion en justice, vous adresser à votre dernier domicile connu une lettre recommandée valant mise en demeure.

Vos garanties pourront être suspendues à l'issue d'un délai de 30 jours après l'envoi de cette lettre, et votre adhésion résiliée 10 jours après l'expiration du délai précité de 30 jours.

Les coûts d'établissement et d'envoi de la lettre de mise en demeure sont à votre charge ainsi que les frais de poursuite et de recouvrement dont la récupération est autorisée par la loi (art. L.113-3 du Code des Assurances).

Art.11 - La modification de vos garanties

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

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

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

Art.12 - Quelles sont vos garanties ?

12.1 - Votre garantie Santé

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

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

En tout état de cause, vous ne pourrez percevoir, au titre de votre adhésion au contrat **Actiforme Santé**, pour vous-même, ou l'un des membres de votre famille assuré, un remboursement dont le montant, cumulé à ceux perçus par le Régime Obligatoire et le ou les éventuelles assurances complémentaires, serait supérieur à celui des frais réellement engagés.

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

- **Frais faisant l'objet d'un remboursement par le Régime Obligatoire :**
Le montant est celui, tel qu'il figure :
 - dans le fichier télétransmis par le centre de traitement à CEGEMA (procédure de télétransmission avec votre caisse obligatoire),
 - ou sur les originaux de la feuille de soins ou le bordereau de remboursement établi par son centre de traitement,
 - et lorsque les frais ont fait l'objet d'une prise en charge par un précédent régime complémentaire, le décompte de remboursement original de ce dernier.
- **Frais ne faisant pas l'objet d'un remboursement par le Régime Obligatoire :**
Le montant est celui figurant sur les factures des professionnels de santé.

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

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

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

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

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

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

■ **Cas particulier du Forfait Actiforme :** La garantie prévoit la prise en charge de 50% du coût de l'abonnement de **Longue Durée (L.D.)** : supérieure ou égale à 9 mois) que l'Assuré a souscrit auprès d'un organisme (Club, Association, Groupement, etc...), dans la limite du forfait annuel correspondant à la formule souscrite (cf. tableau des garanties). La participation au financement de l'abonnement de l'Assuré, prévu dans le cadre du **Forfait Actiforme** interviendra au plus tôt à l'issue du 6^{ème} mois de l'abonnement sur présentation des pièces justificatives demandées à l'article 13.1.

- **Cas particulier des Praticiens de Santé non pris en charge par le RO :** Les actes non pris en charge par le régime de base et listés dans le tableau des garanties sont pris en charge dans la limite de la prestation maximum par consultation et dans la limite annuelle précisée dans la formule de garantie souscrite. Ces actes doivent avoir été réalisés par des praticiens diplômés d'un établissement de formation agréé par l'autorité officielle française compétente en la matière.

- **Cas particulier de la Pharmacie préventive médicalement prescrite et non remboursée par le RO :** Certains produits ou médicaments médicalement prescrits et non remboursés par le Régime Obligatoire de l'assuré peuvent faire l'objet d'une prise en charge à hauteur de 50% des dépenses réelles dans la limite du montant du forfait annuel précisé dans la formule de garantie souscrite.

- **Cas particulier de l'allocation naissance ou adoption :** Cette prestation est versée dès lors que l'enfant nouveau-né est mentionné comme Assuré dans le cadre de l'adhésion au contrat **Actiforme Santé** du père ou de la mère (l'enfant ne peut, en aucun cas, être rattaché à deux contrats **Actiforme Santé**). La demande d'inscription doit être formulée dans les 3 mois qui suivent la naissance ou l'adoption. Si l'Adhérent le souhaite, l'adhésion de l'enfant nouveau-né ou adopté peut être réalisée à effet rétroactif, moyennant paiement des cotisations. En cas d'adoption, le jugement du tribunal des affaires familiales ou la copie de décision d'adoption de la DASS notifiant la date d'adoption et mentionnant le nom, prénoms et date de naissance de l'enfant sera exigé. En cas de naissances multiples, la prime de naissance sera doublée.

12.2 - Votre garantie Compensation Hospitalière

Si cette garantie optionnelle est retenue, et mentionnée sur le Certificat d'Adhésion, en cas d'hospitalisation de l'Adhérent (ou de l'un des membres de sa famille assuré si la formule Adhérent + Famille a été souscrite) supérieure à 24 heures en cas d'Accident ou de 4 jours en cas de Maladie, l'Assureur verse une indemnité journalière, pour chaque journée d'hospitalisation, pendant un maximum de 180 jours et au plus tard jusqu'à l'âge de 65 ans.

Par Hospitalisation, il faut entendre l'ensemble des séjours donnant lieu à des hospitalisations successives dans des établissements différents pour le même motif.

Le montant de l'indemnité journalière est mentionné sur le Certificat d'Adhésion. Elle est réduite de moitié pour les hospitalisations relatives aux enfants de l'Adhérent.

12.3 - Les services complémentaires proposés

- **Tiers payant :** Une carte de tiers payant est délivrée à l'Adhérent par CEGEMA lors de la mise en place des garanties afin de permettre aux Assurés la dispense d'avance de frais auprès de certains professionnels de santé partenaires.

L'utilisation de la carte de tiers payant n'est acquise, sous peine de poursuites, que si l'Adhérent est à jour de ses cotisations au jour de l'utilisation de ladite carte. En cas d'utilisation frauduleuse de la carte de tiers payant, CEGEMA pourra demander à l'Adhérent le remboursement des sommes exposées auprès des professionnels de santé consultés. L'Adhérent qui cesse pour quelque raison que ce soit de bénéficier des garanties s'engage à restituer immédiatement sa carte en cours de validité.

- **La télétransmission** : les Assurés relevant du Régime Général, de la RAM et de la GAMEX, peuvent demander à bénéficier de la télétransmission informatique de leurs décomptes de prestation de soins à CEGEMA. Ce service permet à CEGEMA d'effectuer le traitement des prestations complémentaires à celles versées par le Régime Obligatoire et d'en adresser le règlement à l'Adhérent. Les Assurés s'évitent ainsi l'envoi des décomptes papiers (sous réserves de la présence sur le décompte de la mention « copie transmise pour information à votre organisme complémentaire »). Cette liaison est réalisée pour chacune des personnes Assurées, à réception de la copie de l'attestation papier d'assuré social délivrée avec sa Carte VITALE. Le dysfonctionnement dans les liaisons avec le centre de gestion du Régime Obligatoire de l'Assuré peut affecter le bon fonctionnement de service qui ne pourra être attribué à CEGEMA, et constituer, pour l'Assuré, un motif valable pour formuler une demande de résiliation hors échéance.

Art.13 - Comment obtenir le règlement de vos prestations

13.1 - Les documents que vous devez transmettre

Lorsque l'Assuré ne bénéficie pas de la télétransmission avec son régime de base, ou que nous n'avons pas effectué le règlement des frais directement au professionnel de santé, les documents à transmettre à CEGEMA sont les suivants :

- **Hospitalisation** : L'original du décompte du régime de base ou les originaux des factures acquittées de l'établissement hospitalier et les notes d'honoraires des chirurgiens et des médecins anesthésistes présentant la cotation détaillée des actes.
- **La médecine courante, la pharmacie** : L'original du décompte du régime de base.
- **Le dentaire** : L'original du décompte du régime de base. Pour les prothèses, l'orthodontie, et les frais non remboursés par le Régime Obligatoire l'original de la facture détaillée du praticien et acquittée de tous les actes.
- **L'implant dentaire** : L'original de la facture du praticien acquittée relative à la partie chirurgicale de l'implant dentaire.
- **L'optique** : L'original du décompte du régime de base et/ou la facture détaillée acquittée établie par l'opticien, ainsi que la prescription médicale de l'ophtalmologiste pour tout achat de lentilles non remboursables par le RO.
- **Chirurgie réfractive des yeux** : La prescription médicale, ainsi que l'original de la facture détaillée de l'établissement hospitalier.
- **Appareillage (prothèse auditive, prothèses orthopédiques, gros appareillage)** : L'original du décompte du régime de base, ainsi que la facture détaillée acquittée.
- **Forfait Actiforme** : Copie du contrat d'abonnement de Longue Durée de l'Assuré, accompagnée de l'attestation dument signée par l'organisme (Club, Association, Groupement, etc...). Ce document est téléchargeable sur le site internet www.sante.actiforme.fr
- Actes et consultations de praticiens de santé non pris en charge par le RO : La note d'honoraires ou la facture détaillée justifiant la dépense réelle.
- **Pharmacie prescrite et non remboursés par le RO** : La copie de la prescription médicale ainsi que l'original de la facture détaillée.

Pour la garantie Compensation Hospitalière : Le bulletin de situation précisant les dates d'entrée et de sortie de l'établissement hospitalier ainsi qu'un certificat médical à adresser au Médecin Conseil de CEGEMA précisant le ou les motifs de l'Hospitalisation.

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

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

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

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

13.2 - Contrôle des dépenses

CEGEMA et l'Assureur se réservent la possibilité de demander aux Assurés :

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

L'Assuré s'engage, à se soumettre à cet examen, sous peine d'être déchu du droit aux prestations pour l'accident ou la maladie en cause.

13.3 - Arbitrage

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

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

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

13.4 - Le paiement des prestations

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

Art.14 - Résiliation

14.1 - L'adhésion peut être résiliée :

- **par l'Adhérent** :
 - A l'issue de la première année (12 mois complets d'assurance) moyennant un préavis de deux mois au moins, puis ensuite à chaque échéance principale fixée au 1er janvier moyennant un préavis de deux mois au moins (Art. L 113-12 du Code des Assurances).
 - Important : Reconduction tacite des adhésions**
Conformément à l'article L113.15.1 du Code des Assurances, ce contrat n'est pas concerné par la loi 2005-67 du 28/01/2005 (dite Loi Châtel).
 - Dans les trois mois suivant le changement de domicile, de situation matrimoniale, de régime matrimonial, de profession, la retraite professionnelle ou la cessation définitive d'activité professionnelle de l'Adhérent, lorsque l'adhésion a pour objet la garantie de risques en relation DIRECTE avec la situation antérieure et qui ne se retrouvent pas dans la situation nouvelle.
La résiliation prendra effet un mois après la réception de la demande de résiliation (Art. L 113-16 du Code des Assurances).
- **de plein droit** : En cas de retrait de l'agrément de l'Assureur.
- **contractuellement** : En cas de perte de la qualité d'assuré social de l'Adhérent, l'adhésion sera résiliée. Les autres Assurés pourront continuer à être assurés s'ils en effectuent la demande.

14.2 - Les modalités de la résiliation

- **La résiliation par l'Adhérent** doit être effectuée par courrier recommandé avec accusé de réception et adressée à CEGEMA - 679, avenue du Docteur Julien Lefèbvre - BP 189 - 06272 Villeneuve Loubet Cedex.
- **La résiliation par l'Assureur** sera notifiée par CEGEMA à l'Adhérent par lettre recommandée à son dernier domicile connu.

Pour toute demande de résiliation, l'Assuré sera tenu de restituer à CEGEMA l'original de la carte de tiers payant en cours de validité.

14.3 - Les conséquences de la résiliation

Lorsque l'adhésion est résiliée, les prestations ne sont dues que pour les soins et traitements administrés avant la prise d'effet de la résiliation.

14.4 - Conséquences en cas d'exercice du droit à renoncement.

14.4.1 - En cas d'exercice du droit à renoncement, dans le cadre de l'article L 112-9-1 du Code des Assurances.

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

En cas de renoncement l'Assureur procédera au remboursement des cotisations dans le délai de 30 jours suivant la date de résiliation, déduction faite du montant correspondant à la durée où l'adhésion a effectivement produit ses effets.

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

14.4.2 - En cas d'exercice du droit à renoncement dans le cadre des articles L 112-2-1 du Code des Assurances et L 121.20-8 du Code de la Consommation (commercialisation à distance) :

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

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

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 30 jours.

Art.15 - Prescription

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

Article L114-1 : Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

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

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

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

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

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

Article L114-2 : La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par l'assureur à l'assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'assuré à l'assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Article L114-3 : Par dérogation à l'article 2254 du Code Civil, les parties au contrat d'assurance ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci.

Art.16 - Subrogation

L'Adhérent ou ses ayants droit conservent leur droit de recours contre tout responsable. Toutefois, si l'Assureur a payé une indemnité au titre des frais de soins, il se substitue à l'Adhérent dans ses droits et obligations et jusqu'à concurrence de cette indemnité, contre tout responsable (Article L.121.12 du Code des Assurances).

Art.17 - Informatique et liberté

Conformément à l'article 32 de la loi du 06 janvier 1978 dite «informatique et libertés», modifiée par la loi n°2004-801 du 06 août 2004, nous vous informons que le responsable du traitement de vos données personnelles est le service informatique de CEGEMA. Vous pourrez exercer vos droits d'accès et de rectification prévus par les articles 39 et 40 de la loi précitée auprès de CEGEMA - Service informatique - 679, avenue du Docteur Julien Lefèbvre - BP 189 - 06272 Villeneuve Loubet Cedex. Les données personnelles recueillies seront utilisées par CEGEMA destinataire, avec l'AGIS, ses mandataires, ses assureurs et réassureurs, de l'information, pour :

- le traitement de votre dossier, dans le strict respect de la protection des données à caractère personnel,
- l'envoi de documents sur les produits proposés par CEGEMA. Si vous souhaitez ne pas être sollicité, il vous suffit de nous le faire savoir par simple courrier à l'adresse précisée ci-dessus.

L'ensemble des réponses aux questions est obligatoire, le défaut de réponse aura pour conséquence le non examen de votre dossier.

Art.18 - Les réclamations - La médiation

Si vous rencontrez des difficultés liées à l'application du contrat, vous pouvez formuler une réclamation ou signifier votre désaccord, par courrier simple adressé à CEGEMA - Service Clients - 679, avenue du Docteur Julien Lefèbvre - BP 189 - 06272 Villeneuve Loubet. Si un différend persistait après la réponse apportée, vous aurez la faculté de demander l'avis d'un Médiateur indépendant. Les coordonnées du Médiateur seront communiquées sur simple demande au siège social de l'Assureur.

Art.19 - Autorité de tutelle

CEGEMA Assurances et l'Assureur exercent leurs activités sous le contrôle de l'Autorité de Contrôle des Assurances et des Mutuelles (ACAM) : 61 rue Taitbout, 75436 PARIS Cedex 09.

Art.20 - Possibilité de renonciation

L'Adhérent dispose d'un délai de 14 jours calendaires révolus, à partir du jour de la date de conclusion de son adhésion (date indiquée sur le Certificat d'Adhésion), pour y renoncer, dans le cadre et dans les conditions prévus par l'article L.112-9 du Code des Assurances ou par les articles L.112- 2-1 du Code des Assurances et L.121-20-8 et suivants du Code de la Consommation.

Cette renonciation doit être faite par lettre recommandée avec accusé de réception, envoyée à CEGEMA - Service Clients - 679, avenue du Docteur Julien Lefèbvre - BP 189 - 06272 Villeneuve Loubet.

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

La résiliation de l'adhésion prendra effet au jour de la réception de la Lettre Recommandée A.R par CEGEMA.

L'Assuré devra joindre à son envoi la carte de tiers payant en cours de validité, si cette dernière est en sa possession à la date de sa demande. De même il s'engage à la restituer dans les plus prompts délais, si cette dernière lui parvenait ultérieurement.

Les conséquences du droit à renonciation sont indiquées dans l'article 14.4 de la présente Notice d'information.

Article L112-9-1 premier alinéa du Code des Assurances :

«Toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, et qui signe dans ce cadre une proposition d'assurance ou un contrat à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée avec demande d'avis de réception pendant le délai de 14 jours calendaires révolus à compter du jour de la conclusion du contrat, sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités (...). Dès lors qu'il a connaissance d'un sinistre mettant en jeu la garantie du contrat, le souscripteur ne peut plus exercer ce droit à renonciation»

Dans le cas où l'adhésion a été souscrite exclusivement à distance au sens des articles L112-2-1 du Code des Assurances et L121-20-8 et suivants du Code de la Consommation :

L'adhésion peut être exécutée immédiatement et intégralement à compter de sa conclusion (date indiquée sur le Certificat d'Adhésion) à la demande expresse de l'Adhérent.

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

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

Modèle de lettre de renonciation :

Messieurs,

Je soussigné(e) (Nom et Prénom de l'adhérent), demeurant à (domicile principal), ai l'honneur de vous informer que je renonce à mon adhésion au contrat

Actiforme Santé (numéro d'adhésion), que j'ai signé le (date).

(Si des cotisations ont été perçues) Je vous prie de me rembourser les cotisations versées, déduction faite de la cotisation imputable au prorata de la période de garantie.

(En cas de commercialisation à distance) Je m'engage, pour ma part, à rembourser le montant des prestations qui ont pu m'être versées.

A : (Indiquer le lieu)

Le : (Indiquez la date)

Signature.