

# Notice d'information valant conditions générales

**FLEXEE**

Produit Responsable



## SOMMAIRE

1. DÉFINITIONS .....	3
2. OBJET DE L'ADHÉSION .....	4
3. CONDITIONS D'ADHÉSION .....	4
4. MODALITÉS D'ADHÉSION.....	4
5. PRISE D'EFFET ET DURÉE DE L'ADHÉSION .....	4
6. RÉSILIATION DE L'ADHÉSION.....	4
7. DÉCLARATIONS.....	5
8. CONDITIONS DES GARANTIES .....	5
9. PRISE D'EFFET ET DURÉE DES GARANTIES.....	5
10. ÉTENDUE TERRITORIALE DE LA GARANTIE.....	6
11. GARANTIES ET MONTANT DES REMBOURSEMENTS.....	6
12. EXCLUSIONS .....	6
13. CADRE JURIDIQUE DU CONTRAT DIT RESPONSABLE.....	7
14. MODIFICATIONS DES GARANTIES.....	7
15. AJOUT OU SORTIE DES AYANTS DROIT.....	7
16. ADAPTATION DE L'ADHÉSION PAR SUITE DE MODIFICATION DU RÉGIME DE BASE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE .....	7
17. PRESTATIONS .....	8
18. CONTRÔLE, PROCÉDURE D'EXPERTISE ET LITIGES.....	9
19. COTISATIONS .....	9
20. SUBROGATION.....	9
21. PRESCRIPTION .....	9
22. NON-RENONCIATION .....	10
23. DEMATERIALISATION DE LA RELATION.....	10
24. EXAMEN DES RÉCLAMATIONS ET PROCÉDURE DE MÉDIATION .....	10
25. INFORMATION SUR LA PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES.....	10
26. AUTORITÉ DE CONTRÔLE.....	12
27. OPPOSITION AU DÉMARCHAGE TÉLÉPHONIQUE.....	12
28. SANCTIONS INTERNATIONALES .....	12
29. DROIT DE RENONCIATION .....	12
ANNEXE – EXTRAIT DES STATUTS DE L'ASSOCIATION APSE.....	14
NOTICE D'INFORMATION DU CONTRAT ASSISTANCE N° 8156.....	15

Contrat d'assurance de groupe à adhésion facultative individuelle n° AQ002291 (ci-après désigné le Contrat groupe) souscrit par l'ASSOCIATION APSE auprès de L'EQUITE, ci-après désignée l'« Assureur ». Le Contrat groupe est régi par les articles L.141-1 et suivants du Code des assurances et la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989.

Assuré par L'ÉQUITÉ - SA au capital de 26469 320 €, Entreprise régie par le Code des assurances - RCS Paris B 572 084 697 - 2 rue Pillet-Will - 75009 Paris - Société appartenant au Groupe Generali, immatriculé sur le registre italien des groupes d'assurances sous le numéro 026.

Distribué par FILIASUR - SAS au capital de 37 500 € - RCS Paris sous le numéro 498850445- Dont le siège est sis 5 rue de Turbigo, 75001 Paris, Intermédiaire en assurances - Immatriculée à l'Orias sous le N° 07 031 054 ([www.orias.fr](http://www.orias.fr)) et soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) - 4 Place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09.

FILIASUR intervient également pour gérer votre adhésion, vos garanties et vos remboursements en qualité de « Délégué », avec le concours de la société AGEO, ci-après désignée le « Gestionnaire ».

La présente notice d'information, ci-après désignée la « Notice », vaut conditions générales du contrat d'assurance frais de santé FLEXEE.

Le Contrat groupe liant l'Adhérent, l'Assureur et l'APSE se compose des documents suivants :

- la présente Notice, valant conditions générales, qui définit notamment les garanties et leurs modalités d'entrée en vigueur ainsi que les formalités à accomplir en cas de sinistre ;
- le certificat d'adhésion, qui retrace les éléments personnels de l'Adhérent provenant de sa demande d'adhésion, ses déclarations et les garanties qu'il a souscrites ;
- le tableau des garanties, portant la référence de la présente Notice, qui détaille l'ensemble des postes de remboursement et leurs montants.

L'ensemble de ces documents constitue de façon indissociable le Contrat groupe. Il n'est pas possible de se prévaloir de l'un d'entre eux séparément de tous les autres.

Le Contrat groupe est soumis à la loi française et toute action judiciaire afférente sera du ressort exclusif des tribunaux français.

## 1. DÉFINITIONS

**Adhérent** : Les Adhérents sont des personnes physiques, âgés de 18 ans au moins, qui bénéficient des prestations de l'Assureur et en ouvrent le droit à leurs Ayants droit.

**Adhésion** : Lien contractuel entre l'Adhérent et l'Assureur au titre du Contrat groupe auquel il a adhéré.

**Association APSE** : association régie par la loi du 1er juillet 1901, domiciliée 3 rue de Téhéran 75008 Paris, souscriptrice du Contrat groupe.

**Assurés** : Personnes physiques majeures, habilitées à percevoir les prestations garanties, à savoir l'Adhérent lui-même et le ou les Ayants droit désigné(s) par celui-ci le cas échéant.

**Ayants droit** : Sont considérés comme Ayants droit :

- le conjoint de l'Adhérent exerçant ou non une activité professionnelle, non séparé de corps ;
- le concubin vivant maritalement avec l'Adhérent, exerçant ou non une activité professionnelle, dans la mesure où l'Adhérent et le concubin sont libres de tout autre lien extérieur (célibataires, veufs ou divorcés). Une déclaration sur l'honneur signée par chacun des intéressés certifiant que le concubinage est notoire, indiquant le numéro de Sécurité sociale de l'Adhérent et de son concubin, devra être adressée au Gestionnaire sur demande ;
- le cocontractant d'un Pacte Civil de Solidarité (PACS) avec l'Adhérent ;
- les ascendants, descendants et collatéraux de l'Adhérent vivant sous son toit et à sa charge ou celle du conjoint ;
- les enfants de l'Adhérent, à sa charge au sens de l'article L. 161-1 du Code de la Sécurité sociale.

**Forfait** : Montant en euros représentant des plafonds annuels, versés en sus du remboursement éventuel du Régime Obligatoire, dans la limite des frais réels.

**France** : France métropolitaine (y compris Corse) ;

**Gestionnaire** : AGEO, S.A.S au capital de 457 340€, immatriculée au R.C.S de Paris sous le numéro 493 349 682, ayant son siège social 7, rue de Turbigo – 75001 Paris. Immatriculée auprès de l'ORIAS ([www.orias.fr](http://www.orias.fr)) sous le numéro 15 001 350 et soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) : 4 place de Budapest, CS 92459, 75436 Paris Cedex 09 ;

AGEO intervient notamment au titre de la gestion de vos demandes de remboursement.

**Hospitalisation** : Au sens du présent Contrat groupe, est considéré comme Hospitalisation tout séjour d'au moins une nuit dans un établissement hospitalier public ou privé en France ou à l'étranger suite à une Maladie, un Accident ou une maternité et ayant fait l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie. Il est précisé que ne sont garanties par le Contrat groupe que les Hospitalisations effectuées dans un établissement hospitalier prévu à l'article L. 174-4 du Code de la Sécurité sociale, à savoir les établissements hospitaliers ou médico-sociaux.

**Maladie** : Toute altération de la santé constatée par une autorité médicale compétente et n'ayant pour origine ni un Accident ni le fait volontaire de l'Assuré ou d'un tiers.

**Régime Obligatoire (RO)** : Régime légal de protection sociale français auquel sont obligatoirement affiliés l'Adhérent et ses Ayants droit.

**Synonymes** : Assurance Maladie Obligatoire, Sécurité sociale

**Télétransmission** : Le système de Télétransmission Noémie est un échange d'information automatisé entre les caisses d'assurance maladie et l'Assureur. Il permet d'assurer des remboursements de frais médicaux dans un délai très rapide puisque les décomptes de l'assurance maladie sont transmis à l'Assureur sans que l'Assuré n'ait besoin de lui adresser.

**Ticket Modérateur (TM)** : Différence entre la base de remboursement et le montant remboursé par l'Assurance Maladie Obligatoire (avant application sur celui-ci de la participation forfaitaire d'un euro ou d'une franchise) et qui reste à charge de l'Assuré ;

**Tiers Payant (TP)** : Système dont bénéficient les personnes affiliées à un régime de Sécurité sociale français obligatoire et qui leur permet, sous certaines conditions, d'être dispensées d'avancer totalement ou partiellement les frais médicaux. Il est matérialisé par une carte Vitale qui atteste des droits de l'Assuré à l'assurance maladie. L'Assureur délivre à l'Adhérent une carte de Tiers Payant santé qui lui permet, à lui ou ses Ayants droit, en la présentant aux professionnels de santé, de bénéficier d'une dispense de paiement du Ticket Modérateur.

## 2. OBJET DE L'ADHÉSION

Le présent Contrat groupe a pour objet le remboursement de frais médicaux, chirurgicaux ou d'Hospitalisation engagés par les Assurés à l'occasion d'un Accident, d'une Maladie ou d'une maternité, en complément des prestations versées par un Régime obligatoire d'assurance maladie français.

L'Adhésion peut porter, selon le choix du niveau de prestation souhaité par l'Adhérent et formulé sur sa demande d'adhésion, sur huit formules et trois options dites « renfort », lesquelles sont :

**Formules:** Essentiel 1 ; Essentiel 2 ; Essentiel 3 ; Confort 1 ; Confort 2 ; Confort 3 ; Sérénité 1 ; Sérénité 2 ;

**Options:** Hospi ; Bien-être ; Bien-être +.

Chaque formule et option correspond à un niveau de remboursement de frais, détaillé dans le tableau des garanties joint.

Les garanties proposées par le Contrat répondent au dispositif du contrat responsable prévu par les articles L.871-1, R.871-1 et R.817-2 du Code de la Sécurité sociale, afin que votre Adhésion puisse bénéficier des avantages fiscaux et sociaux prévus par la réglementation en vigueur.

## 3. CONDITIONS D'ADHÉSION

L'admission au Contrat groupe en qualité d'Adhérent est réservée aux personnes physiques respectant les conditions cumulatives suivantes :

- être adhérentes à l'Association APSE,
- être résidentes en France métropolitaine,
- relever du Régime Obligatoire français,
- être âgées à la date de signature de la demande d'adhésion de 18 ans minimum, l'âge étant calculé par la différence entre le millésime de l'année et le millésime de l'année de naissance.

## 4. MODALITÉS D'ADHÉSION

Le demandeur à l'assurance, après avoir reçu et pris connaissance du devis, de la présente Notice, du document d'information normalisé sur le produit et du tableau de garantie, remplira avec soin une demande d'adhésion.

Il devra désigner ses éventuels Ayants droit, parmi :

- Son conjoint, âgé de 18 ans minimum, et rentrant dans l'une des catégories suivantes :
  - personne avec laquelle il est marié, non divorcé et non séparé de corps judiciairement,
  - son concubin,
  - son partenaire avec lequel il est lié par un Pacte Civil de Solidarité (PACS).
- Les enfants, sans limite d'âge, reconnus à sa charge ou à celle de son conjoint au sens du Régime Obligatoire auquel relève l'Adhérent ou son conjoint.

Le demandeur devra également indiquer le niveau de garanties qu'il a choisi. Les garanties choisies seront identiques pour les Ayants droit. Ces garanties seront reprises dans la demande d'adhésion signée par le demandeur à l'assurance.

Aucune formalité médicale n'est exigée en cas d'Adhésion au Contrat groupe, quel que soit le niveau de garanties choisi.

Toute Adhésion au Contrat groupe nécessite au préalable d'adhérer à l'Association APSE dont la cotisation éventuellement en vigueur sera prélevée mensuellement et dont le montant est prévu sur la demande d'adhésion. À ce titre, l'Adhérent reçoit une copie des statuts de l'association.

La signature de la demande d'adhésion par l'Adhérent manifeste son accord sur les conditions de son Adhésion dont il aura préalablement pris connaissance.

## 5. PRISE D'EFFET ET DURÉE DE L'ADHÉSION

L'Adhésion est soumise à l'accord préalable de l'Assureur ou du Délégué. L'acceptation de l'Assureur se matérialise par

l'émission d'un 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 est indiquée sur le certificat d'adhésion.

La date d'effet de l'Adhésion ne peut être antérieure à la date de réception de la demande d'adhésion par le Délégué.

L'Adhésion est conclue pour une période de douze (12) mois à compter de sa date d'effet.

A l'issue de la période initiale de douze (12) mois, l'Adhésion se renouvelle successivement pour la même durée par tacite reconduction au terme de chaque période, sauf en cas de résiliation de l'Adhésion telle que prévue au point 5 « Résiliation de l'Adhésion ».

Les droits et obligations de l'Adhérent peuvent être modifiés par des avenants au Contrat groupe, conclus entre l'Assureur et l'Association APSE. Conformément à l'article L.141-4 du Code des assurances, l'Adhérent est préalablement informé de ces modifications.

## 6. RÉSILIATION DE L'ADHÉSION

L'Adhésion peut être résiliée dans les conditions et les délais précisés ci-dessous.

### Formes de la résiliation

Lorsque la résiliation vient de l'Adhérent, selon les conditions prévues à l'article L113-14 du Code des Assurances, elle doit se faire :

- Par lettre ou tout autre support durable, par acte extrajudiciaire ou par déclaration faite au Délégué à l'adresse postale suivante : FILIASSUR - BP 71013 - Le Havre Cedex 76061.
- Par envoi recommandé électronique adressé à [sante@filiassur.com](mailto:sante@filiassur.com).

### Précisions sur l'envoi recommandé électronique

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

- 1° Le nom et le prénom ou la raison sociale de l'expéditeur, ainsi que son adresse électronique ;
- 2° Le nom et le prénom ou la raison sociale du destinataire ainsi que son adresse électronique ;
- 3° Un numéro d'identification unique de l'envoi attribué par le prestataire ;
- 4° La date et l'heure du dépôt électronique de l'envoi indiquées par un horodatage électronique qualifié tel que défini par l'article 3 du règlement (UE) n° 910/2014 mentionné ci-dessus ;
- 5° La signature électronique avancée ou le cachet électronique avancé tels que définis par l'article 3 du règlement (UE) n° 910/2014 mentionné ci-dessus, utilisé par le prestataire de services qualifié lors de l'envoi. »

Lorsque la résiliation est du fait de l'Assureur, elle doit se faire par lettre recommandée envoyée au dernier domicile connu de l'Adhérent.

### Conséquences de la résiliation

Les garanties issues de l'Adhésion restent acquises aux Assurés pour tous les soins et traitements jusqu'à la date de prise d'effet de la résiliation, la date de facturation faisant foi.

### Résiliation par l'Adhérent

L'Adhérent peut résilier son Adhésion :

- A chaque échéance (soit le jour précédant la date d'effet de l'Adhésion) par notification adressée au plus tard deux (2) mois avant la date d'échéance. Le délai de préavis est décompté à partir de la date de notification. La résiliation prendra effet le jour suivant (article L113-12 du Code des assurances).

- À tout moment, après au moins douze (12) mois d'Adhésion. La résiliation prendra alors effet un mois à compter de la date de réception de la notification. L'Adhérent recevra un avis de réception précisant la date de prise d'effet de la résiliation (L113-15-2 du Code des Assurances).
- En cas de modification des conditions du Contrat groupe à l'initiative de l'Assureur, l'Adhérent dispose d'un délai de trente (30) jours à compter de la notification pour résilier son Adhésion en raison de ces modifications (L.113-3 du Code des assurances).
- En cas de refus de l'augmentation de cotisations selon les modalités prévues à l'article 18 ci-dessous.

#### Résiliation par l'Assureur

L'Assureur peut résilier l'Adhésion :

- En cas de non-paiement des cotisations (article L141-3 du Code des assurances). L'Assureur envoie alors à l'Adhérent, au plus tôt 10 jours après l'échéance impayée, une mise en demeure de payer. La résiliation prend effet 40 jours après l'envoi de ladite lettre de mise en demeure, si la cotisation n'est pas intégralement régularisée.
- En cas d'omission ou d'inexactitude dans la déclaration de l'Adhérent sans que la mauvaise foi de ce dernier soit établie (article L113-9 du Code des assurances). La résiliation prend effet 10 jours après envoi de la lettre de résiliation.

#### Résiliation par l'Adhérent ou par l'Assureur

L'Adhérent ou l'Assureur peut résilier l'Adhésion en cas de changement de domicile en France métropolitaine, de situation matrimoniale, de profession, de départ à la retraite ou de cessation d'activité professionnelle 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 (article L 113-16 du Code des assurances). Si elle émane de l'Adhérent, la demande de résiliation doit être effectuée dans les trois (3) mois qui suivent le changement sus-évoqué. Si elle émane de l'Assureur, la demande de résiliation doit être effectuée dans les 3 mois qui suivent la notification du changement par l'Adhérent à l'Assureur. Dans tous les cas, la résiliation prend effet un (1) mois après la notification de la lettre recommandée.

#### Résiliation de plein droit

L'Adhésion est résiliée de plein droit :

- En cas de décès de l'Adhérent. 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.
- En cas de départ de France métropolitaine. La résiliation prend effet le premier jour qui suit la cessation d'affiliation au Régime Obligatoire d'assurance maladie.
- En cas de retrait de l'agrément de l'Assureur (article L326-12 du Code des assurances)

## 7. DÉCLARATIONS

Les déclarations tant dans la demande d'adhésion qu'en cours de vie de l'Adhésion, sont faites par l'Adhérent pour son compte et celui de ses Ayants droit auxquels elles sont opposables. Ces déclarations sont importantes pour l'élaboration et l'évolution de l'Adhésion et l'Adhérent doit fournir des réponses exactes.

#### Dans la demande d'Adhésion

L'Adhérent doit répondre avec exactitude et précision aux questions et demandes de renseignements figurant sur la demande d'adhésion.

#### En cours de vie de l'Adhésion

L'Adhérent doit déclarer, pour tout Assuré, tout événement modifiant les déclarations faites lors de l'Adhésion et qui aurait pour effet de les rendre inexacts ou caduques et notamment

- un changement d'état civil,

- une cessation ou un changement d'affiliation d'un des bénéficiaires au Régime Obligatoire,
- un changement de domicile ou un départ hors de France métropolitaine,
- la survenance d'un événement entraînant la cessation de qualité d'Ayant droit,
- un changement de profession ou une cessation d'activité professionnelle,
- un changement de compte bancaire ou postal pour le prélèvement des cotisations et/ou le virement des prestations,
- l'existence ou la cessation de garanties de même nature souscrites auprès d'autres assureurs.

Les déclarations en cours d'Adhésion doivent être faites, par ordre de préférence :

- en ligne, sur : <https://www.sgsante.fr/>,

- par mail à : [sante@filiassur.com](mailto:sante@filiassur.com)

- par courrier à l'adresse suivante :

FILIASSUR - BP 71013 - Le Havre Cedex 76061,

Ces événements doivent être signalés dans un délai de 15 jours calendaires suivant leur survenance. L'inobservation de ce délai, si elle cause un préjudice à l'Assureur, entraîne la perte de tout droit aux garanties liées à la modification.

Conformément à l'article L113-8 du Code des assurances, en cas de réticence ou fausse déclaration intentionnelle modifiant l'appréciation du risque assuré, l'Adhésion est nulle et la prime payée demeure acquise à titre de pénalité.

Conformément à l'article L113-9 du Code des assurances, en cas d'omission ou déclaration inexacte non intentionnelle, constatée avant sinistre, l'Assureur pourra résilier l'Adhésion avec un préavis de 10 jours en restituant à l'Adhérent le prorata de prime ou en augmentant la prime à due proportion.

Si cette omission ou fausse déclaration non intentionnelle est constatée après un sinistre, l'indemnité sera réduite à proportion de la part de prime payée rapportée à ce qu'elle aurait dû être si l'Assureur avait eu connaissance exacte de la situation de l'Assuré.

## 8. CONDITIONS DES GARANTIES

Pour bénéficier des garanties, les Assurés doivent être affiliés ou Ayants droit d'un affilié au Régime Obligatoire français.

Les frais refusés par l'Assurance Maladie Obligatoire au motif que l'Assuré n'aurait pas satisfait en temps utile à toutes les formalités nécessaires pour obtenir le remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire, ne sont pas pris en charge par l'Assureur.

## 9. PRISE D'EFFET ET DURÉE DES GARANTIES

Les garanties sont acquises immédiatement, sans délai d'attente, à compter de la date d'effet de l'Adhésion mentionnée sur le certificat d'adhésion, sous réserve de l'encaissement effectif de la première prime.

Seuls les frais engagés après l'admission d'un Assuré dans l'assurance - sous réserve que cet engagement ne soit pas consécutif à un examen ou une prescription antérieure à son admission - et avant sa radiation peuvent faire l'objet d'un remboursement. Les frais engagés après la radiation d'un Assuré ne sont jamais remboursés, même s'ils résultent d'un événement antérieur à la radiation.

La garantie est viagère c'est-à-dire que l'Assureur ne pourra mettre fin aux garanties sauf dans les cas suivants :

- Dès que l'Assuré ne répond plus à la définition d'Assuré prévue ci-dessus ;
- A la date d'effet de la résiliation de l'Adhésion.

## 10. ÉTENDUE TERRITORIALE DE LA GARANTIE

Les garanties du Contrat groupe ne bénéficient qu'aux seuls Assurés résidant à titre principal en France pour des frais engagés en France métropolitaine.

Elles s'étendent aux Accidents survenus et Maladies contractées à l'étranger lors de voyages ou de séjours de moins de 3 mois, si le Régime Obligatoire français d'assurance maladie de l'Assuré s'applique.

Le règlement des prestations est effectué dans tous les cas en France et en euros, la conversion avec la monnaie étrangère étant calculée par l'Assureur au jour des dépenses par l'Assuré.

## 11. GARANTIES ET MONTANT DES REMBOURSEMENTS

Les garanties sont accordées dans les conditions et limites du niveau de garantie choisies par l'Adhèrent dans sa demande d'adhésion.

Pour chaque garantie, les modalités des remboursements (montant, durée, limitation ou plafond de remboursements) sont précisées au sein du tableau des garanties en fonction de la nature de vos dépenses médicales et du niveau souscrit.

Il convient donc pour chaque garantie de se reporter à l'article concerné ainsi qu'au tableau figurant en annexe.

Le remboursement des dépassements d'honoraires varie si le médecin est adhérent ou non adhérent aux Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée (DPTAM).

Les remboursements ou les indemnités des frais occasionnés par une Maladie, une maternité ou un Accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge de l'Assuré ou de l'Adhèrent après les remboursements de toute nature auxquels il a droit et avant la prise en charge instaurée par l'article L. 861-3 du code de la sécurité sociale.

Sauf justification du coût réel des frais engagés et du montant pris en charge par la Sécurité sociale, ceux-ci sont réputés conformes au Tarif de Responsabilité de la Sécurité sociale.

Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit sa date de souscription. Dans cette limite, le bénéficiaire du contrat ou de la convention peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix. Dans tous les cas, les remboursements sont limités au montant des frais réellement engagés.

Le Contrat groupe comporte plusieurs niveaux de garanties dont les remboursements par poste sont détaillés dans le tableau de garanties. Le niveau de garanties retenu pour les Assurés est indiqué sur le Certificat d'adhésion.

Les montants de remboursements s'entendent :

- après déduction du remboursement du Régime Obligatoire lorsqu'il intervient,
- dans la limite du niveau de remboursement applicable à l'Adhésion et indiqué dans le tableau de garantie.

Les montants de remboursements, figurant dans le tableau des garanties annexé à la présente Notice d'information, sont exprimés, suivant le cas :

- en pourcentage du tarif de responsabilité en vigueur fixé par le Régime Obligatoire : Tarif de Convention (TC) en secteur conventionné ou Tarif d'Autorité (TA) en secteur non conventionnel,
- en Frais réels (FR),
- en montant annuel exprimé en euros.

Ces montants représentent des plafonds de garanties qui incluent la prise en charge du Ticket Modérateur. Si ce plafond est atteint, seuls les actes remboursés par le Régime Obligatoire seront pris en charge à 100 % de la Base de remboursement de la sécurité sociale du tarif de responsabilité.

À l'exclusion du forfait optique (montures + verres), les forfaits sont valables par année d'Adhésion et par Assuré, ils ne sont pas cumulables d'une année sur l'autre. Les remboursements sont toujours effectués déduction faite du remboursement de la Sécurité sociale et dans la limite de l'option choisie. Dans tous les cas, les remboursements sont limités au montant de la dépense réelle en Euro.

- La garantie « **frais de transport** » prend en charge les frais de transport du malade ou de l'accidenté qui sont remboursés par l'Assurance Maladie.
- Pour le poste « **optique** », la prise en charge est limitée à un équipement complet tous les deux ans, délai décompté à partir de la date du dernier renouvellement. Par dérogation, le délai est ramené à un an pour les assurés de moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue. Depuis le 1er janvier 2020 et conformément à la réforme 100% Santé, le forfait attribué pour les montures sera plafonné à 100€ dans le cadre d'un équipement de classe B et ne pourra pas excéder 30€ pour un équipement de classe A.
- Pour le poste « **dentaire** », les remboursements dentaires hors « 100% Santé » sont effectués dans la limite d'un plafond annuel par Assuré pour l'ensemble des actes de prothèses dentaires remboursés ou non par le Régime Obligatoire. Au-delà du plafond, la garantie est limitée à 100% du Tarif de Convention y compris remboursement du Régime Obligatoire. Bonus de fidélité : la garantie « Prothèses dentaires des paniers « maîtrisé et libre » est augmentée à l'échéance anniversaire de l'Adhésion, à partir de la 2ème année d'assurance tel qu'indiqué au tableau des garanties.
- Pour le poste « **aide auditives** », les remboursements seront limités à un équipement par oreille, tous les 4 ans suivant la date d'acquisition de cet équipement. Pour les équipements hors «100% Santé» le montant du remboursement est plafonné conformément au décret n°2019-21 du 11 janvier 2019 et tel qu'indiqué au tableau de garanties.
- Pour le poste « **prévention & bien-être** » :
  - La garantie « Cures thermales » n'est valable que pour les cures thermales dont la prise en charge est acceptée par le Régime Obligatoire.
  - La garantie « Médicaments prescrits non remboursés par le Régime Obligatoire » se limite au remboursement des médicaments prescrits par le médecin disposant d'une autorisation de mise sur le marché et classifiés en tant que médicament dans le VIDAL.

Le tarif en vigueur auquel se réfère l'Assureur pour le calcul des prestations est celui de la date des soins. Dans tous les cas, les remboursements sont limités au montant des frais réellement engagés.

De convention expresse, l'Assureur est de plein droit habilité à limiter ou contester sa prise en charge en cas de non-respect des règles du Code de déontologie médicale.

## 12. EXCLUSIONS

Les actes ne figurant pas sur la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP) ou dans la Classification Commune des Actes Médicaux (CHAM) ne sont pas remboursés, sauf cas particuliers prévus à l'Adhésion.

Les exclusions ci-dessous s'appliquent à toutes les garanties d'assurance dans le respect des dispositions des contrats solidaires et responsables.

Les garanties ne s'exercent pas en cas :

- de guerre civile ou étrangère, d'émeutes et mouvements populaires,

- de désintégration du noyau atomique ou de radiations ionisantes,
- de traitements ou interventions chirurgicales dans un but de rajeunissement ou esthétique,
- de cures d'amaigrissement, de sommeil, de désintoxication,
- d'une aggravation due à l'inobservation intentionnelle par l'Adhérent des prescriptions du médecin,

Les garanties ne s'exercent pas non plus concernant :

La contribution forfaitaire et la franchise médicale prévues au II et III de l'article L.160-13 du Code de la Sécurité Sociale.

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

- des enfants de moins de 18 ans ;
- des femmes enceintes à partir du 6e mois de grossesse;

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.

La majoration du ticket modérateur et les dépassements d'honoraires si les dépenses de santé sont réalisées en dehors du parcours de soins ;

Les dépassements d'honoraires au-delà de la limite fixée réglementairement pour les médecins n'adhérant pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée.

### 13. CADRE JURIDIQUE DU CONTRAT DIT RESPONSABLE

L'Adhésion s'inscrit dans le cadre du dispositif législatif relatif aux contrats d'assurance complémentaire santé dits « contrats responsables » (articles L871-1, R871-1 et R871-2 du Code de la Sécurité sociale).

En cas d'évolution de la réglementation régissant les « contrats responsables », les garanties du Contrat groupe feront l'objet de modifications pour rester en conformité avec ce cadre juridique, après information préalable de l'Adhérent.

Le montant de cotisation pourra également être revu, à la hausse comme à la baisse, en fonction des modifications apportées sur les garanties.

Elles pourront également être modifiées dans le cas où une nouvelle réglementation aurait pour conséquence une modification substantielle des engagements de l'Assureur, de l'Association APSE, ou de l'Adhérent et notamment toute modification des prestations du Régime d'Assurance Maladie dont elles assurent le complément.

### 14. MODIFICATIONS DES GARANTIES

Pendant l'Adhésion, l'Adhérent peut demander la modification de son niveau de garantie, à la hausse ou à la baisse, en adressant sa demande, par ordre de préférence :

- en ligne, sur : <https://www.sgsante.fr/>,
- par mail à : [sante@filiassur.com](mailto:sante@filiassur.com)
- par courrier à l'adresse suivante :  
FILIASSUR - BP 71013 - Le Havre Cedex 76061,

En tout état de cause, la modification du niveau de garantie s'appliquera à ses éventuels Ayants droit.

Cette modification ne pourra être effectuée qu'à l'issue de la première échéance de l'Adhésion dans la limite d'une modification tous les douze (12) mois d'adhésion.

Le Gestionnaire transmet, par mail ou courrier simple à l'adresse indiquée, à l'Adhérent une proposition d'avenant matérialisant son

nouveau niveau de garantie, le montant de sa nouvelle cotisation ainsi que la date d'effet de cette modification. L'Adhérent disposera d'un délai de trente (30) jours pour renvoyer la lettre ayant valeur d'avenant.

Sous réserve, le cas échéant, du paiement effectif des cotisations correspondantes, la demande de modification prendra effet à la date indiquée sur la lettre ayant valeur d'avenant.

Tout Accident ou Maladie, entraînant une Hospitalisation, ayant une date de survenance antérieure à la prise d'effet de l'avenant, sera indemnisable, sous réserve de déclaration au Gestionnaire et d'acceptation par ce dernier, sur la base des garanties acquises antérieurement à la prise d'effet de l'avenant, et ce pendant toute la durée du sinistre, y compris les rechutes éventuelles (même pathologie).

### 15. AJOUT OU SORTIE DES AYANTS DROIT

En cours de vie de l'Adhésion, l'Adhérent peut demander l'ajout ou la sortie des Ayants droit, en adressant sa demande, par ordre de préférence à :

- en ligne, sur : <https://www.sgsante.fr/>,
- par mail à : [sante@filiassur.com](mailto:sante@filiassur.com)
- par courrier à l'adresse suivante :  
FILIASSUR - BP 71013 - Le Havre Cedex 76061

• **À l'échéance** : L'Adhérent a la possibilité de demander l'ajout ou la sortie d'un Ayant droit par écrit et au plus tard (2) deux mois avant la date d'échéance de l'Adhésion. La modification de l'Adhésion prendra effet à la date de renouvellement de l'Adhésion, sous réserve de la production des pièces justificatives.

• **Hors échéance** : 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, ce dernier doit adresser une demande écrite au Gestionnaire.

Le Gestionnaire transmet à l'Adhérent une proposition d'avenant matérialisant le nouveau montant de sa cotisation. L'Adhérent disposera d'un délai de trente (30) jours pour renvoyer la lettre ayant valeur d'avenant.

Sous réserve de l'acceptation par l'Adhérent, formalisée par la signature de l'avenant transmis par le Délégué, la modification de l'Adhésion prendra effet au 1er du mois suivant 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 justificatives de la date de l'événement et de la fin des conditions permettant d'être désigné comme Ayant droit. Si des prestations ont été versées au-delà de ce délai, l'Assureur pourra demander à l'Adhérent le remboursement des prestations indûment réglées pour cet Ayant droit.

Si un des Ayants droit ne remplissait plus les conditions prévues pour être bénéficiaire, et reprise dans la définition d'Ayants droit de la présente Notice, les garanties cesseraient de plein droit et sans formalité pour celui-ci.

La cotisation sera ajustée en conséquence à compter de la date d'effet de la modification.

### 16. ADAPTATION DE L'ADHESION PAR SUITE DE MODIFICATION DU RÉGIME DE BASE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

Les garanties de la présente Adhésion, sa tarification et les modalités de mise en jeu de l'assurance ont été fixées compte tenu des dispositions du régime d'assurance maladie en vigueur lors de la demande d'adhésion.

Si ces dispositions ou les règles d'indemnisation de l'assurance maladie venaient à être modifiées, l'Assureur se réserve la faculté

de procéder à une révision de l'Adhésion, à compter du premier jour du mois suivant l'application par cet organisme des dispositions nouvelles.

L'Adhérent conserve, dans ce cas, la possibilité de demander un aménagement des garanties ou la résiliation de l'Adhésion, sans application du délai de préavis.

## 17. PRESTATIONS

### Remboursement des prestations

Les dépenses de prestations sont remboursées en fonction du niveau de garanties auxquelles l'Adhérent a souscrit et qui figure au certificat d'adhésion. Les demandes de remboursement de prestations sont à adresser, par ordre de préférence :

- en ligne, sur : <https://www.sgsante.fr/>,
- par mail à : [gestion.prestation@sgsante.fr](mailto:gestion.prestation@sgsante.fr)
- par courrier à l'adresse suivante :  
FILIASSUR - BP 71013 - Le Havre Cedex 76061

Le remboursement est appliqué séparément pour chaque poste de frais pris en charge par le Régime Obligatoire d'assurance maladie. Il est toujours subordonné au remboursement préalable du Régime Obligatoire d'assurance maladie, sauf dispositions contraires figurant au tableau des garanties. Les prestations sont réglées dans les meilleurs délais une fois que l'Adhérent a transmis les justificatifs nécessaires tels que détaillés ci-dessous. Les prestations sont réglées en euros sur un compte ouvert auprès d'un établissement bancaire français ou d'un établissement composant l'Espace Economique Européen. Les décomptes seront disponibles en ligne dans l'espace personnel des Assurés mis à leur disposition.

### Télétransmission

La transmission des décomptes de remboursements des Assurés bénéficiaires peut être effectuée directement par les caisses d'assurance maladie, sous forme d'échange de données informatiques. Si l'Adhérent ne souhaite pas bénéficier du service de la Télétransmission automatique, il peut faire connaître son refus à tout moment en écrivant à :

- par mail à : [sante@filiassur.fr](mailto:sante@filiassur.fr)
- par courrier à l'adresse suivante :  
FILIASSUR - BP 71013 - Le Havre Cedex 76061,

En cas de rejet de la Télétransmission, l'Adhérent sera amené à transmettre son décompte.

Seuls les décomptes pour lesquels un remboursement n'a pas été traité automatiquement devront être envoyés.

### Tiers Payant

L'adhésion à cette offre permet de bénéficier des avantages d'une carte de Tiers Payant.

Pour les dépenses de pharmacie remboursables par la Sécurité sociale, l'Adhérent est dispensé du paiement du Ticket Modérateur.

Cet avantage est étendu aux autres dépenses de santé auprès de tous les professionnels de santé conventionnés, qui acceptent le dispositif.

A compter du 1<sup>er</sup> janvier 2022, le bénéfice du mécanisme de tiers payant sera étendu sur les prestations faisant l'objet de ces garanties, au moins à hauteur des tarifs de responsabilité et à hauteur des frais exposés par l'Assuré en sus des tarifs de responsabilité dans la limite des prix fixés en application de l'article L. 165-3 pour les produits et prestations relevant des classes à prise en charge renforcée définies en application du deuxième alinéa de l'article L. 165-1 ainsi qu'à hauteur des frais de soins dentaires prothétiques exposés par l'assuré en sus des tarifs de responsabilité et dans la limite des honoraires de facturation fixés par la convention prévue à l'article L. 162-9, pour les actes définis par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

La carte de Tiers Payant permet également de bénéficier d'une prise en charge dans la limite de la garantie souscrite, en cas d'Hospitalisation en France par l'intermédiaire de l'établissement

hospitalier auprès de l'organisme de Tiers Payant ou sur simple demande à :

- par mail à : [sante@filiassur.fr](mailto:sante@filiassur.fr)
- par courrier à l'adresse suivante :  
FILIASSUR - BP 71013 - Le Havre Cedex 76061,

En cas de suspension ou de résiliation de l'Adhésion, l'Adhérent s'engage à restituer immédiatement sa carte de Tiers Payant. Il s'engage également à rembourser à l'Assureur les prestations induites réglées aux praticiens postérieurement à cette suspension ou cette résiliation.

### Justificatifs à produire

Pour obtenir le règlement de ses prestations, l'Adhérent doit envoyer, dans les trois (3) mois qui suivent la fin du traitement, les pièces justificatives accompagnées d'une demande datée et signée comportant le numéro d'adhésion :

- par mail à : [gestion.prestation@sgsante.fr](mailto:gestion.prestation@sgsante.fr)
- par courrier à l'adresse suivante :  
FILIASSUR - BP 71013 - Le Havre Cedex 76061,

La liste des pièces justificatives à fournir est la suivante :

- les décomptes de remboursement du régime Obligatoire justifiant les prestations versées s'ils n'ont pas été télétransmis par les organismes de Régimes Obligatoires ;
- les notes d'honoraires et factures détaillées justifiant des frais réellement engagés, notamment pour le transport hospitalier ;
- les factures d'Hospitalisation si celles-ci n'ont pas donné lieu à une prise en charge préalable, notamment pour la chambre particulière, le forfait journalier hospitalier et le lit accompagnant ;
- les factures des pharmaciens lorsque la garantie Tiers Payant n'a pu être mise en jeu ou en cas de dépassement du tarif de responsabilité ;
- pour les prothèses dentaires acceptées par le Régime Obligatoire, le décompte du remboursement du Régime Obligatoire et la facture détaillée des frais engagés ;
- pour les prothèses dentaires refusées par le Régime Obligatoire, la facture détaillée des frais engagés ;
- pour les frais d'optique, la demande de prise en charge et la facture de l'opticien distinguant le prix de la monture de celui, des verres et indiquant le type de verres ou indiquant les frais de lentilles ;
- pour les lentilles non remboursées par le Régime Obligatoire, joindre également une ordonnance de moins de deux ans ;  
L'évolution de la vue doit être justifiée :
  - soit par la présentation d'une nouvelle prescription médicale portant une correction différente de la précédente ;
  - soit sur la présentation de la prescription initiale comportant des mentions de l'opticien en application de l'article R165-1 du Code de la Sécurité sociale.
- pour l'examen de densitométrie osseuse et pour la pharmacie prescrite non prise en charge par le Régime Obligatoire, la prescription et la facture ou la note d'honoraire ;
- pour les médecines douces, la facture détaillée du praticien diplômé d'État ;
- pour l'abonnement de sport ou le programme d'amincissement, les factures de l'abonnement de sport ou de l'attestant de prise en charge du patient ;
- pour le forfait réparation des lunettes ou des audioprothèses, la déclaration de bris remplie par un opticien ou praticien diplômé d'État ;
- lorsque l'Adhérent ou ses Ayants droit bénéficient d'une autre couverture complémentaire, les décomptes établis par l'organisme en cause ;
- en cas de naissance, un certificat de naissance ou une copie certifiée conforme du livret de famille établissant l'affiliation avec l'Adhérent ;
- en cas d'adoption, une copie du jugement d'adoption, établissant l'affiliation avec l'Adhérent ;



- en cas d'Accident mettant en cause un tiers responsable identifié, les coordonnées du tiers responsable ou de son Assureur, afin de pouvoir engager les recours ;
- si les renseignements fournis sont insuffisants pour le règlement des prestations, l'Assureur pourra demander de fournir des justificatifs complémentaires et notamment des originaux.

**L'Adhérent qui emploie ou produit intentionnellement des documents inexacts ou frauduleux sera déchu de tout droit à garantie pour le sinistre concerné.**

## 18. CONTRÔLE, PROCÉDURE D'EXPERTISE ET LITIGES

### Contrôle des dépenses

Le médecin-conseil peut demander à l'Adhérent tout renseignement ou document complémentaire qu'il juge utiles et le cas échéant demander une expertise médicale, afin de permettre l'appréciation du droit aux prestations notamment en ce qui concerne le principe et la fréquence de l'engagement des dépenses ainsi que leur montant.

**À peine de déchéance, l'Adhérent doit lui communiquer ces informations, soit directement sous pli confidentiel soit par l'intermédiaire de son médecin, et se soumettre à toute expertise médicale éventuelle.**

En fonction du résultat de ces contrôles, l'Assureur se réserve le droit de contester au regard des dispositions de la présente Adhésion, la prise en charge des frais dont le remboursement est demandé ou le montant de sa prise en charge.

De convention expresse, l'Adhérent reconnaît le droit de subordonner la mise en jeu de la garantie au respect de ces conditions. En cas de refus de l'Adhérent, l'Assureur pourra, de convention expresse, s'opposer à la mise en jeu de la garantie.

### Procédure d'expertise

Les médecins et délégués missionnés par l'Assureur auront, à toute époque le droit de constater médicalement l'état de santé de l'Adhérent. Dans le cas où l'Adhérent ne peut se déplacer, le médecin missionné doit avoir accès à son lieu de résidence.

### Litiges

En cas de persistance d'un désaccord de l'Assuré sur les conclusions du médecin expert que l'Assureur a désigné, le différend est soumis à une expertise amiable avant tout recours à la voie judiciaire.

Chacune des parties choisit un médecin expert devant régler le différend. À défaut d'accord entre eux, ceux-ci s'adjoignent un troisième expert et tous trois opèrent en commun et à la majorité des voix.

À défaut d'accord entre les médecins sur le nom du tiers expert, la désignation est effectuée par le Président du Tribunal Judiciaire du domicile de l'Assuré. Cette nomination est faite sur simple requête signée des deux parties ou d'une seulement, l'autre partie ayant été convoquée par lettre recommandée. Les trois médecins opèrent en commun et à la majorité des voix. Chaque partie paie les frais et honoraires de son représentant. Les honoraires du tiers médecin sont supportés à charge égale par les deux parties.

## 19. COTISATIONS

### Montant de la cotisation

La cotisation annuelle est fixée au certificat d'adhésion. Elle est exprimée en euros, tous frais et taxes inclus. Elle tient compte d'un certain nombre de paramètres tels que le Régime Obligatoire de l'Adhérent, les garanties choisies, l'âge des Assurés et la zone géographique. La gratuité est accordée à partir du 3ème enfant. Elle ne dépend pas de l'état de santé des Assurés. La cotisation totale correspond au cumul des cotisations de chaque Assuré. La cotisation totale est due par l'Adhérent.

### Variation de la cotisation

Afin de prendre en compte le changement de génération de chaque Assuré, directement dépendant de l'âge de ceux-ci, votre cotisation évoluera contractuellement à l'échéance annuelle de votre Adhésion.

En cours d'Adhésion, la cotisation peut varier en cas de : modification de la législation sociale et/ou fiscale, changement de garanties, changement ou modification du Régime Obligatoire d'assurance maladie, ajout ou sortie de bénéficiaire, changement de domicile entraînant un changement de zone tarifaire. En outre, en cas de modification des niveaux de remboursement du Régime Obligatoire, l'Assureur peut être amené, en cours d'année, à procéder à une réactualisation des tarifs.

Par ailleurs, en cas de modification du taux de taxe sur les conventions d'assurance ou d'un prélèvement indirect, celle-ci sera appliquée conformément aux dispositions réglementaires.

### Révision de la cotisation

L'Assureur peut également être amené à réévaluer le montant des cotisations, notamment en fonction des résultats techniques des garanties de même nature et/ou de l'évolution prévisionnelle des dépenses de santé. Les augmentations de cotisations seront notifiées à l'Adhérent par écrit au moins deux mois avant la date prévue de l'entrée en vigueur, à moins que les délais réglementaires ne permettent pas de respecter ce délai. L'Adhérent pourra être informé par courrier simple, l'Assureur 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.

Toutefois, l'Adhérent est en droit de résilier le contrat dans les 30 jours suivant la notification de cette révision en cas de désaccord.

De convention expresse, le paiement de la cotisation majorée vaut acceptation irrévocable de la majoration proposée.

La possibilité de résiliation ci-dessus ne s'applique pas à l'augmentation des taxes et charges parafiscales ou tout autre élément de la cotisation qui serait ajouté en application de dispositions légales.

### Paiement de la cotisation

La cotisation est payable d'avance annuellement. La fréquence et le mode de paiement peuvent être fractionnés selon les mentions qui figurent dans le certificat d'adhésion.

Le paiement mensuel s'effectue obligatoirement par prélèvement automatique. Le prélèvement s'effectue pour chaque mois de quittance au plus tard le 5 ou 12 du mois précédant la quittance.

Le paiement par chèque n'est accepté que pour les règlements annuels.

### Défaut de paiement

Si l'Adhérent ne paie pas la cotisation dans les 10 jours de son échéance, le Délégué adresse à l'Adhérent une lettre recommandée valant mise en demeure à son dernier domicile connu.

Faute de règlement, l'Adhésion est alors suspendue 30 jours après cette mise en demeure et résilié 10 jours après l'expiration du délai de 30 jours. La résiliation 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, par virement, chèque tiré sur un compte ouvert dans un établissement bancaire situé en France ou en ligne par carte bancaire, moyennant d'éventuels frais de paiement pour ce dernier mode de paiement, durant la période des 40 jours suivant la mise en demeure, les garanties seront remises en vigueur le lendemain midi du jour du paiement.

## 20. SUBROGATION

En vertu du Code des assurances, l'Assureur est subrogé dans les droits et actions des Assurés envers tout responsable jusqu'à concurrence de l'indemnité qu'il a versée.

## 21. PRESCRIPTION

Toute action dérivant de l'Adhésion au Contrat groupe est prescrite selon les dispositions des articles L 114-1 et suivants du Code des assurances :

#### Article L114-1 du code des assurances

« Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance. Par exception, les actions dérivant d'un contrat d'assurance relatives à des dommages résultant de mouvements de terrain consécutifs à la sécheresse-réhydratation des sols, reconnus comme une catastrophe naturelle dans les conditions prévues à l'article L. 125-1, sont prescrites par cinq 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 ou l'Assureur en a eu connaissance ;
2. En cas de sinistre, que du jour ou les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

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

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

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

#### Article L114-2 du Code des assurances

« 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'Adhérent en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'Adhérent à l'Assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité. »

#### Article L114-3 du Code des assurances

« 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 de prescription prévues par le Code civil sont :

- la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait (article 2240 du Code civil),
- la demande en justice (articles 2241 à 2243 du Code civil),
- une mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée (article 2244 du Code civil),
- 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 (Article 2245 du code civil)
- l'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance pour les cas de prescription applicables aux cautions (Article 2246 du Code civil).

## 22. NON-RENONCIATION

Ni l'Assureur, ni l'Adhérent ou tout Assuré ne pourra se prévaloir d'une tolérance ou renonciation à un quelconque droit, pouvoir ou recours que l'autre partie au Contrat groupe n'aurait pas exercé ou tardé à l'exercer et qu'elle tient de celui-ci.

L'absence d'exercice d'un tel droit ou recours ne pourra être interprétée comme une novation du Contrat groupe ou de l'un quelconque de ses éléments.

## 23. DEMATERIALISATION DE LA RELATION

L'Adhérent est informé de la poursuite de la relation commerciale et contractuelle sur un support durable autre que le papier, et accepte lors de son Adhésion que l'ensemble des informations, documents et communications destinés à la souscription et à

l'exécution de celle-ci lui soient envoyés exclusivement par voie électronique.

L'Adhérent est informé qu'il peut s'opposer à l'utilisation du support électronique et demander qu'un support papier soit utilisé pour la poursuite de la relation commerciale ou contractuelle. Dans ce cas, l'Adhérent peut réaliser les formalités, déclarations, qui lui incombent en lui adressant celles-ci par courrier aux adresses indiquées dans la présente Notice.

## 24. EXAMEN DES RÉCLAMATIONS ET PROCÉDURE DE MÉDIATION

### Examen des réclamations

Pour toute réclamation relative à la gestion de son adhésion, ses cotisations ou encore ses prestations, l'Adhérent doit s'adresser prioritairement à son interlocuteur habituel qui est en mesure de lui fournir toutes informations et explications :

par mail à : [sante@filiassur.com](mailto:sante@filiassur.com)

ou par courrier à l'adresse suivante :

FILIASUR - BP 71013 - Le Havre Cedex 76061,

Si l'Adhérent ne reçoit pas une réponse satisfaisante, il peut adresser sa réclamation écrite (mentionnant les références du dossier concerné et accompagnée d'une copie des éventuelles pièces justificatives) à :

L'ÉQUITÉ – Cellule Qualité

2 rue Pillet-Will, 75009 Paris

Les délais de traitement de la réclamation de l'Adhérent ne peuvent excéder :

- dix jours ouvrables à compter de la réception de la réclamation, pour en accuser réception, sauf si la réponse elle-même est apportée à l'Adhérent dans ce délai,
- deux mois entre la date de réception de la réclamation et la date d'envoi de la réponse définitive apportée à l'Adhérent.

Si la réclamation relève du devoir de conseil et d'information du courtier auprès de l'Adhérent ou concerne les conditions de commercialisation de l'offre d'assurance, la réclamation doit être exclusivement adressée à l'adresse du distributeur dont les coordonnées sont reprises dans la demande d'adhésion ou la fiche d'information et de conseil.

La procédure ci-dessus ne s'applique pas si une juridiction a été saisie du litige que ce soit par l'Adhérent ou l'Assureur.

### Médiation

En qualité de membre de la France Assureurs (FA), L'ÉQUITÉ applique la Charte de la Médiation mise en place au sein de cette Fédération.

Si un litige persiste entre l'Adhérent et l'Assureur après examen de la demande par le Service réclamations de l'Assureur, l'Adhérent peut saisir la Médiation de l'Assurance.

- Par courrier, en écrivant à l'adresse suivante :

La Médiation de l'Assurance

TSA 50110 – 75441 PARIS Cedex 09.

- Ou par voie électronique, en complétant un formulaire de saisine sur le site de la Médiation de l'Assurance : <http://www.mediation-assurance.org/> Rubrique : je saisis le Médiateur

Cependant, il est précisé que le Médiateur ne peut être saisi qu'après que le Service réclamations de l'Assureur ait été saisi de la demande de l'Adhérent et y ait apporté une réponse.

La saisine du Médiateur n'est possible que dans la mesure où la demande de l'Adhérent n'a pas été soumise à une juridiction.

## 25. INFORMATION SUR LA PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES

### Identification du responsable de traitement

Cette clause a pour objet de vous informer de manière plus détaillée des traitements de données à caractère personnel

concernant l'Adhérent et les Assurés, mis en œuvre par les responsables de traitement mentionnés ci-après.

Les données à caractère personnel recueillies dans le cadre de cette Adhésion font l'objet d'un traitement dont le responsable de traitement est l'Assureur à l'exception des opérations suivantes dont le responsable de traitement est le Délégué :

- Souscription des adhésions ;
- Gestion de la vie des adhésions ;
- Encaissement et recouvrement des cotisations ;
- Gestion et règlement des sinistres ;
- Gestion des réclamations dites de niveau 1 ;
- Archivage des pièces de gestion et documents comptables.

Les traitements réalisés par FILIASUR et portant sur sa relation de courtier avec l'Adhérent font l'objet d'un document séparé ont été communiqués à l'Adhérent qui s'engage à le transmettre à tout Assuré.

#### Les finalités du traitement et les bases juridiques du traitement

Le traitement opéré sur les données a pour finalité de satisfaire à votre demande et de permettre la réalisation de mesures précontractuelles, d'actes de souscription, de gestion et d'exécution ultérieure du Contrat groupe y compris de profilage. À ce titre, elles pourront être utilisées à des fins de recouvrement, d'études statistiques et actuarielles, d'exercice des recours et de gestion des réclamations et contentieux, d'examen, d'appréciation, de contrôle et de surveillance du risque, et de respect des obligations légales, réglementaires et administratives. Ces informations pourront également être utilisées pour permettre la lutte contre la fraude à l'assurance.

Les traitements sont réalisés selon les bases juridiques et les finalités suivantes :

Les bases juridiques	Finalités de traitement
Exécution du contrat ou de mesures précontractuelles – dont traitement de données de santé.  Consentement pour les données de santé (hors service des prestations de remboursement de frais de soins, de prévoyance complémentaire et de retraite supplémentaire).	Réalisation de mesures précontractuelles telles que la délivrance de conseil, devis... Réalisation d'actes de souscription, de gestion et d'exécution ultérieure du contrat ; Versement des prestations pour les contrats de remboursement de frais de soins ; Recouvrement ; Exercice des recours et application de conventions entre assureurs ; Gestion des réclamations et contentieux ; Prise de décision automatisée y compris le profilage lié à la souscription ou l'exécution du contrat. Certaines données peuvent entraîner des décisions sur la souscription et l'exécution du contrat notamment la tarification, l'ajustement des garanties ; Examen, appréciation, contrôle et surveillance du risque ; Etudes statistiques et actuarielles ; Amélioration continue des offres et process
Obligations légales	Lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme Respect des obligations légales, réglementaires et administratives
Intérêt légitime	Lutte contre la fraude

Informations complémentaires dans le cadre des données personnelles concernant l'Adhérent ou l'Assuré et non collectées auprès de l'Adhérent

Catégorie de données susceptibles d'être transmises au Gestionnaire ou à l'Assureur :

- état civil, identité, données d'identification,
- données biométriques aux fins d'identifier une personne physique de manière unique,
- données de localisation (notamment déplacements, données GPS, GSM),
- informations d'ordre économique et financier (revenus, situation financière, situation fiscale, etc.),
- numéro d'identification national unique,
- données de santé issues du codage CCAM.

#### La source d'où proviennent les données à caractère personnel

Ces données peuvent émaner de vos déclarations faites sur la demande d'adhésion, d'organismes sociaux de base ou complémentaire, d'organismes professionnels contribuant à la gestion des contrats d'assurance, de toute autorité administrative habilitée.

#### Clause spécifique relative à la fraude

L'Adhérent est également informé de la mise en œuvre d'un dispositif ayant pour finalité la lutte contre la fraude à l'assurance pouvant, notamment, conduire à l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude, inscription pouvant avoir pour effet un allongement de l'étude de votre dossier, voire la réduction ou le refus du bénéfice d'un droit, d'une prestation, d'un contrat ou service proposés. Dans ce cadre, des données personnelles concernant l'Adhérent ou les Assurés (ou concernant les personnes parties ou intéressées au contrat) peuvent être traitées par toutes personnes habilitées intervenant au sein des services de l'Assureur, du Gestionnaire, ou du courtier de l'Adhérent. Ces données peuvent également être destinées au personnel habilité des organismes directement concernés par une fraude (autres organismes d'assurance ou intermédiaires ; organismes sociaux ou professionnels ; autorités judiciaires, médiateurs, arbitres, auxiliaires de justice, officiers ministériels ; organismes tiers autorisés par une disposition légale et, le cas échéant, les victimes d'actes de fraude ou leurs représentants).

#### Clause spécifique relative aux obligations réglementaires et à l'intérêt public

Dans le cadre de l'application des dispositions du Code monétaire et financier, le recueil d'un certain nombre d'informations à caractère personnel est obligatoire à des fins de lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme.

De plus, l'article 43 de la Directive (UE) 2015/849 du 20 mai 2015 modifié par la directive (UE) 2018/843 du 30 mai 2018 prévoit que la prévention du blanchiment de capitaux et du financement du terrorisme est également considéré comme une question d'intérêt public au sens du Règlement Européen 2016/679 (RGPD).

Dans ce cadre, vous pouvez exercer votre droit d'accès auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés, 3 place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 Paris Cedex 07.

Les destinataires ou les catégories de destinataires

Les données concernant l'Adhérent ou les Assurés pourront être communiquées en tant que de besoin et au regard des finalités mentionnées ci-dessus, aux entités du groupe GENERALI, à FILIASUR et aux courtiers membres de son réseau, ainsi qu'à des partenaires, intermédiaires, réassureurs et assureurs concernés, et organismes professionnels, organismes sociaux des personnes impliquées sous-traitants et prestataires, dans la limite nécessaire des tâches leur incombant ou qui leur sont confiées. Par ailleurs, en vue de satisfaire aux obligations légales et réglementaires les responsables de traitement pourront communiquer des données à caractère personnel à des autorités administratives et judiciaires légalement habilitées.

#### Localisation des traitements de vos données personnelles

Le groupe Generali France a adopté des normes internes en matière de protection des données et de sécurité informatique afin de garantir la protection et la sécurité de vos données.

Aujourd'hui, les data centers du groupe Generali France sont localisés en France, en Italie et en Allemagne, sur lesquels sont hébergées vos données.

S'agissant des traitements réalisés hors du Groupe Generali France par des partenaires externes, une vigilance toute particulière est apportée quant à la localisation des traitements, leur niveau de sécurisation (opérationnel et technique) et le niveau de protection des données personnelles du pays destinataire, afin de garantir un niveau de protection optimal.

Les traitements réalisés aujourd'hui hors de l'Espace Economique Européen (Maroc, Tunisie) concernent des traitements de supervision d'infrastructures (surveillance des plateformes informatiques, surveillance de l'opérabilité des solutions ou gestion des sauvegardes), principalement opérés par nos partenaires bancaires et les éditeurs de logiciel. Ces traitements opérés depuis

des pays tiers font l'objet d'un encadrement juridique (Clauses contractuelles types, Binding Corporate Rules).

Les serveurs du Groupe Filiassur sur lesquels sont hébergées vos données sont localisés en France.

#### Les durées de conservation

Les informations collectées seront conservées pour toute la durée nécessaire à l'exécution de l'Adhésion puis seront, à l'issue de leur résiliation, pour la durée correspondant aux délais de prescriptions légales et sous réserve des obligations légales et réglementaires.

#### L'exercice des droits

Dans le cadre du traitement que nous effectuons l'Adhérent et les Assurés disposent dans les conditions prévues par la réglementation :

- **Droit d'accès** : droit de prendre connaissance des données personnelles les concernant dont l'Assureur et le Gestionnaire disposent et demander que ces données leurs soient communiquées en intégralité.

- **Droit de rectification** : possibilité de demander à corriger leurs données personnelles notamment en cas de changement de situation.

- **Droit de suppression** : possibilité de demander la suppression de leurs données personnelles notamment lorsque ces dernières ne sont plus nécessaires ou lorsqu'ils retirent leur consentement au traitement de certaines données sauf s'il existe un autre fondement juridique à ce traitement.

- **Du droit de définir des directives relatives au sort de leurs données personnelles en cas de décès.**

- **Droit à la limitation du traitement** : vous pouvez nous demander de limiter le traitement de vos données personnelles.

- **Droit à la portabilité des données** : possibilité de récupérer dans un format structuré les données qu'ils ont fournies lorsque ces dernières sont nécessaires à l'Adhésion ou lorsqu'ils ont consenti à l'utilisation de ces données.

Ces données peuvent être transmises directement au responsable du traitement choisi par l'Adhérent lorsque cela est techniquement possible.

- **Droit de retrait** : droit de retirer le consentement donné pour un traitement fondé sur cette base. Ce retrait vaut pour l'avenir et ne remet pas en cause la licéité des traitements déjà effectués. Il est susceptible de rendre l'exécution de l'Adhésion impossible sans être pour autant une cause de résiliation reconnue par le droit des assurances.

Cependant, le retrait de données nécessaires à l'exécution du contrat et notamment au contrôle de la pertinence des engagements réciproques, est susceptible de rendre impossible l'exécution du contrat, des lors que ces données participent du consentement des parties à la contractualisation.

Dans une telle hypothèse, cette impossibilité d'exécution peut être une cause contractuellement définie de déchéance de garantie.

- **Droit d'opposition** : possibilité de s'opposer au traitement de leurs données personnelles notamment concernant la prospection commerciale

#### Coordonnées du Délégué à la Protection des Données Personnelles

Ces droits peuvent être exercés aux adresses suivantes sur simple demande après avoir fourni une preuve de votre identité : dpo@filiassur.com ou à l'adresse postale suivante : FILIASSUR – Délégué à la Protection des Données - BP 71013 - Le Havre Cedex 76061.

#### Droit d'introduire une réclamation

Par ailleurs, vous pouvez introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés, 3 Place de Fontenoy- TSA 80715-75334 PARIS CEDEX 07 Clause spécifique relative aux obligations réglementaires.

## 26. AUTORITÉ DE CONTRÔLE

L'autorité chargée du contrôle des entreprises d'assurances qui accordent les garanties prévues par la présente Adhésion est : L'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) 4 place de Budapest – 75436 Paris Cedex 09.

## 27. OPPOSITION AU DÉMARCHAGE TÉLÉPHONIQUE

Conformément aux dispositions des articles L. 223-1 et L. 223-2 du Code de la consommation, l'Adhérent est informé qu'il existe une liste d'opposition gratuite au démarchage téléphonique sur laquelle il peut s'inscrire :

• soit par voie postale, en écrivant à : société OPPOSETEL - service BLOCTEL - 6, rue Nicolas Siret - 10000 TROYES ;

• soit par connexion au site internet de la société OPPOSETEL à l'adresse suivante : bloctel.gouv.fr.

Cette inscription permet à l'Adhérent de ne pas être sollicité par démarchage téléphonique sur des produits d'assurance auxquels il n'aurait pas souscrit. En tout état de cause l'inscription sur cette liste n'interdit pas le Gestionnaire ou l'Assureur de joindre téléphoniquement l'Adhérent dans le cadre de l'exécution d'un contrat en cours et ayant un rapport avec l'objet de son contrat, y compris lorsqu'il s'agit de lui proposer des produits ou des services afférents ou complémentaires à l'objet du contrat en cours ou de nature à améliorer ses performances ou sa qualité.

## 28. SANCTIONS INTERNATIONALES

L'Assureur ne sera tenu a aucune garantie, ne fournira aucune prestation et ne sera obligé de payer aucune somme au titre du Contrat groupe et de l'Adhésion dès lors que la mise en œuvre d'une telle garantie, la fourniture d'une telle prestation ou un tel paiement l'exposerait à une sanction, prohibition ou restriction résultant d'une résolution de l'Organisation des Nations Unies, et/ou aux sanctions économiques ou commerciales prévues par les lois et/ou règlements édictés par l'Union européenne, la France, les États-Unis d'Amérique ou par tout autre droit national applicable au présent contrat prévoyant de telles mesures. Le Contrat groupe ou l'Adhésion ne couvre pas, et ne saurait imposer à l'Assureur de fournir une garantie, payer un sinistre, ou accorder quelque couverture ou prestation, relativement à des risques situés en Crimée, République populaire démocratie de Corée (Corée du nord), en Iran et/ou en Syrie.

## 29. DROIT DE RENONCIATION

L'Adhérent dispose d'un délai pour renoncer à son Adhésion aux conditions et selon les modalités décrites ci-après :

#### Si le contrat est vendu à distance

On entend par vente à distance le contrat conclu au moyen d'une ou plusieurs techniques de commercialisation à distance (cf. notamment de vente par correspondance ou internet).

Conformément à l'article L112-2-1 du code des assurances, un délai de renonciation de quatorze (14) jours calendaires révolus s'applique en cas de vente à distance.

Ce délai commence à courir soit à compter de la date de signature du contrat, soit à compter du jour ou l'Adhérent a reçu les conditions contractuelles et les informations particulières si cette dernière date est postérieure. Si un sinistre survient pendant ce délai de 14 jours, la cotisation doit avoir été réglée au plus tard lors de la déclaration du sinistre.

Cette renonciation doit être faite par courrier recommandé avec accusé de réception, ou par mail à :

Par courrier recommandé : FILIASSUR - BP 71013 - Le Havre Cedex 76061 ou par mail à : sante@filiassur.com.

#### Modèle de lettre de renonciation en cas de Vente à Distance

Nom, prénom :

Adresse :

N° du contrat :

Mode de paiement choisi :

Montant de la cotisation déjà acquitté :

Madame, Monsieur,

Conformément aux dispositions de l'article L 112-2-1 II du Code des Assurances, j'entends par la présente renoncer au contrat d'assurance cité en références que j'ai souscrit en date du \_\_\_\_\_.

Je souhaite donc qu'il soit résilié à compter de la date de réception de cette présente lettre.

Je vous prie d'agrèer , Madame, Monsieur, l'expression de mes salutations distinguées.

Fait le \_\_\_\_ à \_\_\_\_ et Signature de l'Adhérent

#### Si le contrat est vendu par démarchage

La vente par démarchage est la sollicitation d'un client, même à sa demande, à son domicile, sa résidence ou sur son lieu de travail, en vue de lui proposer la souscription d'un contrat.

En vertu de l'article L112-9 alinéa 1er 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 un délai de 14 jours calendaires révolus à compter de la date d'adhésion, sans avoir à justifier de motif ni à supporter de pénalités ».

Si les conditions précitées sont réunies et sous réserve des autres dispositions de l'article L112-9 du Code des assurances – l'Adhérent peut renoncer à l'Adhésion.

Cette renonciation doit être faite par courrier recommandé avec accusé de réception, ou par mail à :

Par courrier recommandé : FILIASSUR - BP 71013 - Le Havre Cedex 76061, ou par mail à : [sante@filiassur.com](mailto:sante@filiassur.com)

#### Modèle de lettre de renonciation en cas de démarchage

Nom, prénom :

Adresse :

N° du contrat :

Mode de paiement choisi :

Montant de la cotisation déjà acquitté :

Madame, Monsieur,

Conformément aux dispositions de l'article L 112-9 du Code des Assurances, j'entends par la présente renoncer au contrat d'assurance cité en références que j'ai souscrit en date du \_\_\_\_\_.

Je souhaite donc qu'il soit résilié à compter de la date de réception de cette présente lettre.

Je vous prie d'agrèer , Madame, Monsieur, l'expression de mes salutations distinguées.

Fait le \_\_\_\_ à \_\_\_\_ et Signature de l'Adhérent

L'exercice du droit de renonciation n'est plus possible dès lors qu'un remboursement au titre de l'Adhésion aurait été sollicité.

L'Assureur rembourse la cotisation perçue de l'Adhérent en application de l'Adhésion, à l'exception du montant qui lui est dû en contrepartie du commencement d'exécution dans les conditions ci-dessus évoquées.

Ce remboursement intervient au plus tard dans les trente (30) jours suivant la réception par l'Assureur de la notification de la renonciation.

Les frais de courtage ne seront pas remboursés en cas de renonciation de l'Adhérent, ceux-ci étant liés aux frais induits pour la prise en compte de la demande d'adhésion et au service rendu par votre courtier distributeur.

## ANNEXE – EXTRAIT DES STATUTS DE L'ASSOCIATION APSE

### Objet / Composition

Article 2: L'Association pour la prévoyance, la santé et l'environnement a pour objet: d'étudier les questions relatives aux régimes de retraite et de prévoyance obligatoires et complémentaires par secteurs d'activité professionnelle dont relèvent ses adhérents, personnes physiques et morales, de les conseiller et de leur donner toutes les informations possibles; de leur proposer des contrats collectifs d'assurance souscrits auprès de toute Compagnie d'assurance; de promouvoir toutes les actions publiques ou collectives pouvant favoriser la réalisation de ses objectifs ou ayant un but entrant dans le cadre de son objet social; et ce par tous moyens et sans visées bénéficiaires.

Article 3: L'Association se compose de membres adhérents qui bénéficient des prestations de l'Association et paient à ce titre une cotisation. Les membres peuvent être des personnes physiques et des personnes morales. La qualité de membre de l'Association s'acquiert par adhésion aux présents Statuts. Elle se perd par démission, décès, radiation sur décision du Conseil d'Administration pour non-règlement des cotisations ou pour motifs graves. La qualité de membre se perd également à la fin de l'adhésion aux contrats collectifs d'assurance sur la vie à la suite d'une renonciation, d'un rachat anticipé ou à l'échéance normale. La décision est rendue en dernier ressort et n'a pas à être motivée. Chaque adhérent personne morale, s'il représente plusieurs assurés, sera redevable d'autant de droits d'adhésion qu'il représente d'assurés.

### Assemblées générales ordinaires et extraordinaires

Article 10: L'Assemblée Générale est constituée par les membres de l'Association présents ou représentés. Tout membre à jour de cotisation, personne physique ou personne morale, a le droit de prendre part aux Assemblées Générales et d'y voter. Pour l'exercice des droits de vote à l'Assemblée Générale, les adhérents ont la faculté de donner mandat à un autre adhérent ou à leur conjoint. Chaque adhérent dispose d'une voix. Les mandataires peuvent remettre les pouvoirs qui leur ont été conférés à d'autres mandataires ou adhérents. Le nombre de pouvoirs dont un même adhérent peut disposer ne peut dépasser 1% des droits de vote. Les mandataires disposent du droit de vote quel que soit le nombre de pouvoirs dont ils disposent. Le vote par correspondance n'est pas autorisé.

Article 11: L'Assemblée Générale est convoquée par le président du Conseil d'Administration, au moins une fois par an. Le Conseil d'Administration est tenu de présenter au vote de l'assemblée les projets de résolutions qui lui ont été communiqués soixante jours au moins avant la date fixée pour la réunion de l'Assemblée par le dixième des adhérents au moins, ou par cent adhérents si le dixième est supérieur à cent. La convocation aux Assemblées Générales est individuelle: cette convocation précède de trente jours au moins la date fixée pour la réunion de l'Assemblée. Cette convocation pourra être transmise ainsi que l'ensemble des documents nécessaires par internet à l'adresse e-mail que l'adhérent aura communiqué à l'Association lorsqu'il sera invité à le faire. La convocation individuelle mentionne l'ordre du jour et contient les projets de résolutions présentés par le Conseil d'Administration ainsi que ceux communiqués dans les délais mentionnés au troisième alinéa. L'Assemblée Générale ne peut pas délibérer sur une question qui ne figurait pas à l'ordre du jour.

Article 12: Le Bureau de l'Assemblée Générale est celui du Conseil. L'Assemblée Générale entend le rapport du Conseil sur la situation morale et financière de l'Association.

Article 13: Il est tenu une feuille de présence à l'Assemblée. Les délibérations de l'Assemblée sont constatées par des procès-verbaux inscrits sur un registre spécial et signés par le Président et un membre du Conseil. Les copies ou extraits de ces procès-verbaux sont signés par le Président du Conseil ou pas deux Administrateurs. Ils sont tenus à la disposition des adhérents au Siège de l'Association, pour consultation, sous condition de justifier de sa qualité d'adhérent.

Article 14: Sur l'avis du Conseil ou sur la demande motivée d'au moins 10% des membres de l'Association, le Président du Conseil d'Administration est tenu de convoquer une Assemblée Générale Extraordinaire, dans le délai de deux mois à compter de la demande.

Article 15: Les décisions prises en Assemblée Générale Ordinaire sont adoptées à la majorité simple des votants. Chaque membre dispose d'une voix. L'Assemblée Générale Ordinaire élit les Administrateurs. Elle approuve les comptes de l'Association pour l'exercice écoulé au plus tard dans les six mois de sa clôture. Elle approuve le montant qui a été fixé par le Conseil d'Administration pour les cotisations de chacune des catégories de membres.

L'Assemblée Générale a seule qualité pour autoriser la signature d'avenants aux contrats d'assurance de groupe souscrits par l'Association. Elle peut toutefois déléguer au Conseil d'Administration, par une ou plusieurs résolutions et pour une durée qui ne peut excéder dix-huit mois, le pouvoir de signer un ou plusieurs avenants dans des matières que la résolution définit. Le Conseil d'Administration exerce ce pouvoir dans la limite de la délégation prévue à l'article 8.

Article 16: L'Assemblée Générale Extraordinaire peut apporter, sur proposition de son Bureau ou d'au moins 10% des membres de l'Association, des modifications aux Statuts. Elle peut également décider la prorogation, la fusion avec toute autre Association poursuivant un but analogue ou la dissolution.

Les décisions devront être prises à la majorité des 2/3 des voix des membres présents ou représentés.

### Ressources:

Article 18: Les ressources de l'Association se composent: des droits d'adhésion et cotisations annuelles versées par ses membres conformément aux décisions du Conseil d'Administration; des subventions, ressources ou versements autorisés par les dispositions législatives ou réglementaires en vigueur; des sommes reçues en contrepartie de prestations fournies par l'Association; des revenus ou bénéfices sur réalisation des valeurs provenant de l'emploi de ses fonds.



## NOTICE D'INFORMATION DU CONTRAT ASSISTANCE N° 8156

### COMMENT CONTACTER NOTRE SERVICE ASSISTANCE ?

**MUTUAIDE ASSISTANCE**  
126, rue de la Piazza - CS 20010 – 93196 Noisy le Grand CEDEX  
7 jours sur 7 – 24 heures sur 24

- **par téléphone de France : 01.45.16.66.09**  
(Communication non surtaxée, coût selon opérateur, appel susceptible d'enregistrement)
- **par téléphone de l'étranger : 33.1.45.16.66.09 précédé de l'indicatif local d'accès au réseau international**  
(Communication non surtaxée, coût selon opérateur, appel susceptible d'enregistrement)
- **par télécopie : 01. 45.16.63.92**
- **par e-mail : oquotidien@mutuaide.fr**

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

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

GARANTIES D'ASSISTANCE AU DOMICILE	PLAFOND
<p><b>1/ EN TOUTES CIRCONSTANCES</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Service d'information</li> <li>- Analyse de devis dentaire et/ou optique</li> <li>- Soutien psychologique</li> </ul>	<p>Conseils médicaux Aide analyse 3 entretiens téléphoniques</p>
<p><b>2/ EN CAS D'HOSPITALISATION ET/OU IMMOBILISATION</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Aide-ménagère</li> <li>- Mise en relation avec services de garde de personnes</li> <li>- Recherche et envoi d'un intervenant médical et paramédical</li> <li>- Confort hospitalier</li> <li>- Transfert à l'hôpital et retour au domicile</li> <li>- Livraison de médicaments</li> <li>- Téléassistance</li> </ul>	<p>15 heures réparties pendant votre immobilisation ou durant le mois qui suit / 2 heures minimum par intervention. Mise en relation Aide et recherche 80 € TTC Transport A/R à votre charge Frais de livraison et de médicaments à votre charge 3 mois</p>
<p><b>2/ EN CAS DE DECES</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Rapatriement de corps                             <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Rapatriement du corps</li> <li>▪ Frais funéraires nécessaires au transport</li> </ul> </li> <li>- Formalités décès</li> </ul>	<p>Frais réels 500 € Titre de transport Aller / Retour</p>

## 1. DEFINITIONS ET CHAMP D'APPLICATION

### Nous, l'Assureur

MUTUAIDE ASSISTANCE – 126, rue de la Piazza - CS 20010 – 93196 Noisy le Grand CEDEX. SA au capital de 12 558 240€ – Entreprise régie par le Code des Assurances - Soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel de Résolution – 4 Place de Budapest, CS 92459, 75436 Paris Cedex 09 – 383 974 086 RCS Bobigny – TVA FR 31 383 974 086.

### Accident corporel grave

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

### Bénéficiaires

Les personnes titulaires d'un contrat santé souscrit auprès de FILIASSUR, ainsi que leur conjoint de droit ou de fait, leurs descendants vivant sous le même toit fiscalement à charge.

### Certificat médical descriptif

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

### Domicile

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

### Exécution des prestations

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

### France métropolitaine

On entend par France métropolitaine, la France continentale et la Corse.

### Hospitalisation

Tout séjour (d'au moins 1 nuit) dans un établissement de soins public ou privé, dès lors que ce séjour a pour objet la mise en observation, le traitement médical ou chirurgical d'une maladie ou de lésions résultant d'un accident.

### Immobilisation du bénéficiaire au domicile

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

### Maladie

Toute altération soudaine et imprévisible de votre santé constatée par une autorité médicale compétente, à l'exclusion des suites, complications ou aggravation d'une maladie ou d'un accident déjà constaté.

### Médecin traitant

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

### Nous organisons

Nous accomplissons les démarches nécessaires pour délivrer la prestation.

### Nous prenons en charge

Nous supportons le coût de la prestation.

### Nullité

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

### Territorialité

France métropolitaine et dans la Principauté de Monaco.

### Validité des garanties

Les garanties d'assistance sont acquises pendant la durée de validité de l'adhésion à FILIASSUR.

## 2. DESCRIPTION DES GARANTIES D'ASSISTANCE AU DOMICILE

### 1/ EN TOUTES CIRCONSTANCES

En toutes circonstances, nous intervenons dans les conditions suivantes :

#### LES SERVICES D'INFORMATION ET CONSEILS

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

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

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

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

#### INFORMATIONS PRATIQUES ET JURIDIQUES

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

#### INFORMATIONS SANTE

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

#### INFORMATIONS DROIT, ADMINISTRATION

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



- la formation, l'apprentissage, l'enseignement, etc.

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

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

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

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

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

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

Nous Vous donnons un avis et une indication, par téléphone, sur le prix proposé, en prenant en compte la ville d'exercice du praticien et la description de la prestation proposée. Si besoin, Nous faisons intervenir l'un de nos praticiens référents.

Dans tous les cas, pour bien étudier votre devis, il Nous faut :

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

Nous nous interdisons formellement d'orienter les Bénéficiaires vers quel que praticien que ce soit, fusse à la demande expresse des Bénéficiaires.

Le coût effectif des prestations dentaires ou optiques reste à votre charge.

#### **ACCOMPAGNEMENT PSYCHOLOGIQUE**

Nous pouvons également mettre en relation téléphonique les membres de la famille bénéficiaires qui le souhaitent, avec un psychologue clinicien, dans la limite indiquée au Tableau de Garanties. Ces entretiens sont entièrement confidentiels.

Si besoin, en fonction des situations, ces entretiens téléphoniques pourront être complétés par des entretiens en face à face avec un psychologue clinicien, dans la limite indiquée au Tableau de Garanties.

L'accompagnement psychologique peut être mis en œuvre en cas de nécessité, d'une hospitalisation ou d'un décès jusqu'au douzième mois qui suit le décès.

## **2/ EN CAS D'HOSPITALISATION ET/OU D'IMMOBILISATION**

#### **AIDE MENAGERE**

Nous intervenons dans les conditions suivantes, en cas de :

- Décès du Bénéficiaire,
- Hospitalisation pour une durée supérieure à 3 jours ou d'immobilisation au domicile pour une durée de plus de 7 jours. Pour faciliter le retour à la normale de la vie de votre foyer, nous vous faisons bénéficier des services d'une aide-ménagère à domicile, en aidant votre famille à faire face aux obligations domestiques qui vous incombent habituellement. Cette garantie s'exerce à hauteur du plafond indiqué au Tableau de Garanties. Le nombre d'heures et la durée d'application sont, dans tous les cas, déterminés par notre service médical.

#### **MISE EN RELATION AVEC DES SERVICES DE GARDE DE PERSONNES**

En cas :

- d'immobilisation à domicile pour raison médicale d'un enfant de moins de 16 ans,

- d'hospitalisation imprévue du bénéficiaire.

Et si vous vous trouvez dans l'impossibilité de vous occuper de vos enfants de moins de 16 ans ou des personnes à votre charge habitant sous le même toit, nous organisons votre mise en relation avec un prestataire de services à la personne :

- Garde d'enfant,
- Garde malade.

Pour ce faire, nous rechercherons les coordonnées de plusieurs prestataires proches de votre Domicile ou et vous les communiquerons. Le choix du prestataire vous appartient.

Vous devrez justifier votre demande par un certificat médical indiquant (pour les enfants malades) que la présence d'une personne est nécessaire auprès de l'enfant.

Dans tous les cas, Nous nous réservons le droit d'effectuer le contact médical préalable au missionnement de l'intervenant et de Vous réclamer le certificat médical (ou une photocopie).

#### **Le coût de la prestation restera à votre charge.**

Le prestataire que vous aurez sélectionné et avec lequel vous contracterez, est seul responsable de l'exécution de la prestation et de la remise du reçu fiscal.

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

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

Si besoin, nous pouvons, à votre demande, envoyer un de ces intervenants à votre domicile.

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

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

#### **CONFORT HOSPITALIER**

Vous faites l'objet d'une Hospitalisation imprévue pour 3 jours minimum à la suite d'une Maladie ou d'un Accident.

Nous prenons en charge les frais de location d'un téléviseur à concurrence du montant indiqué au Tableau des Garanties.

#### **TRANSFERT A L'HOPITAL ET RETOUR AU DOMICILE**

Votre état de santé nécessite une hospitalisation. Hors urgence et sur prescription médicale, nous organisons votre transport par ambulance ou par véhicule sanitaire léger depuis votre domicile vers le centre hospitalier approprié de votre choix proche de votre domicile, ou vers l'établissement indiqué sur la prescription médicale.

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

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

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

#### **LIVRAISON DE MEDICAMENTS**

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

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

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

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

### TELEASSISTANCE

Si vous le souhaitez, nous pouvons mettre gracieusement à votre disposition un service de téléassistance médicalisée pendant une durée de trois mois.

Au-delà de cette période, nous pouvons, à votre demande, prolonger cette mise à disposition à un tarif préférentiel.

**Le coût du service au-delà des trois premiers mois reste à votre charge.**

Si vous avez plus de 75 ans, cette durée de prise en charge passe à 6 mois.

### 3/ EN CAS DE DECES

#### RAPATRIEMENT DE CORPS

Vous décédez lors d'un déplacement, nous organisons le rapatriement de votre corps jusqu'au lieu des obsèques en France.

Dans ce cadre, nous prenons en charge :

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

#### FORMALITES DECES

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

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

### 3. LES EXCLUSIONS DE L'ASSISTANCE SANTE

Ne donnent pas lieu à notre intervention

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

Sont également exclus, les séjours

- De cure ou postcure de toute nature (désintoxication, psychanalyse, psychothérapie, rajeunissement, diététique, esthétique...) autres que les cures thermales médicalement prescrites,

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

Dans le cadre des déplacements, ne sont pas pris en charge

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

### 4. LES EXCLUSIONS GENERALES

Ne donnent pas lieu à notre intervention :

- Les prestations qui n'ont pas été demandées et/ou qui n'ont pas été organisées par MUTUAIDE ASSISTANCE ou avec son accord,
- Les frais engagés après l'expiration de la garantie
- Les conséquences et/ou dommages survenant dans les pays en état de guerre, civile ou étrangère, déclarée ou non, les pays touchés par des tremblements de terre, éruptions volcaniques, raz de marée ou autres cataclysmes,
- Les conséquences et /ou dommages résultant d'infractions à la législation française ou étrangère,
- L'utilisation par le bénéficiaire d'appareils de navigation aérienne, d'engins de guerre et armes à feu,
- La pratique de tout sport à titre professionnel,
- La participation du bénéficiaire à des paris, rixes (sauf cas de légitime défense).

- Les dommages résultant d'une faute intentionnelle ou dolosive du bénéficiaire conformément à l'art. L 113-1 du Code des Assurances,
- Le suicide et la tentative de suicide,
- Les épidémies et pandémies, pollutions, catastrophes naturelles,
- La guerre civile ou étrangère, émeutes, grèves, mouvements populaires, actes de terrorisme, prise d'otage,
- La désintégration du noyau atomique ou toute irradiation provenant d'une source d'énergie présentant un caractère de radioactivité.

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

## 5. REGLES DE FONCTIONNEMENT DES PRESTATIONS D'ASSISTANCE

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

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

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

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

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

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

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

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

## 6. CONDITIONS DE REMBOURSEMENT

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

Les demandes de remboursement doivent être adressées à :

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

## 7. PRISE D'EFFET – DUREE ET RENOUVELLEMENT DES GARANTIES

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

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

## 8. RESILIATION - CESSATION DES GARANTIES

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

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

## 9. TRAITEMENT DES RECLAMATIONS

En cas de désaccord ou de mécontentement sur la mise en œuvre des prestations d'assistance de votre contrat, nous vous invitons à le faire connaître à MUTUAIDE en appelant le 01.45.16.66.09 ou en écrivant à [quotidien@mutuaide.fr](mailto:quotidien@mutuaide.fr)

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

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

MUTUAIDE s'engage à accuser réception de votre courrier dans un délai de 10 jours ouvrés. Il sera traité dans les 2 mois au plus. Si le désaccord persiste, vous pouvez saisir la Médiation de l'Assurance par courrier à :

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

## 10. COLLECTE DE DONNEES

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

- Les réponses aux questions posées sont obligatoires et qu'en cas de fausses déclarations ou d'omissions, les conséquences à son égard peuvent être la nullité de l'adhésion au contrat (article L 113-8 du Code des Assurances) ou la réduction des indemnités (article L 113-9 du Code des Assurances),
- Le traitement des données personnelles est nécessaire à l'adhésion et l'exécution de son contrat et de ses garanties, à la gestion des relations commerciales et contractuelles, ou à l'exécution de dispositions légales, réglementaires ou administratives en vigueur.
- Les données collectées et traitées sont conservées pour la durée nécessaire à l'exécution du contrat ou de l'obligation

légale. Ces données sont ensuite archivées conformément aux durées prévues par les dispositions relatives à la prescription.

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

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

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

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

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

- Ses données personnelles pourront également être utilisées dans le cadre d'un traitement de lutte contre la fraude à l'assurance pouvant conduire, le cas échéant, à une inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude.

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

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

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

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

- En sa qualité d'Assureur, il est fondé à effectuer des traitements de données relatives aux infractions, condamnations et mesures de sûreté soit au moment de la souscription du contrat, soit en cours de son exécution ou dans le cadre de la gestion de contentieux.

- Les données personnelles pourront également être utilisées par l'Assureur dans le cadre de traitements qu'il met en œuvre et dont l'objet est la recherche et le développement pour améliorer la qualité ou la pertinence de ses futurs produits d'assurance et ou d'assistance et offres de services.

- Les données personnelles le concernant peuvent être accessibles à certains des collaborateurs ou prestataires de l'Assureur établis dans des pays situés hors de l'Union Européenne.

- Le Bénéficiaire dispose, en justifiant de son identité, d'un droit d'accès, de rectification, de suppression et d'opposition aux données traitées. Il dispose également du droit de demander de limiter l'utilisation de ses données lorsqu'elles ne sont plus

nécessaires, ou de récupérer dans un format structuré les données qu'il a fournies lorsque ces dernières sont nécessaires au contrat ou lorsqu'il a consenti à l'utilisation de ces données.

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

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

- par mail : à l'adresse DRPO@MUTUAIDE.fr

ou

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

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

## 11. SUBROGATION

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

## 12. PRESCRIPTION

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

Toutefois, ce délai ne court :

- En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'Assureur en a eu connaissance ;
  - En cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.
- Quand l'action de l'Assuré contre l'Assureur a pour cause le recours d'un tiers, ce délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'Assuré ou a été indemnisé par ce dernier.

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

- la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait (article 2240 du Code civil) ;
- une demande en justice, même en référé, jusqu'à extinction de l'instance. Il en est de même lorsqu'elle est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure (articles 2241 et 2242 du Code civil). L'interruption est non avenue si le demandeur se désiste de sa demande ou laisse périmer l'instance, ou si sa demande est définitivement rejetée (article 2243 du Code civil) ;
- une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée (article 2244 du Code civil).

Il est rappelé que :

L'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il

prescrivait interrompt le délai de prescription contre tous les autres, même contre leurs héritiers.

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

Pour interrompre le délai de prescription pour le tout, à l'égard des autres codébiteurs, il faut l'interpellation faite à tous les héritiers du débiteur décédé ou la reconnaissance de tous ces héritiers (article 2245 du Code civil).

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

Le délai de prescription peut être interrompu également par :

- la désignation d'un expert à la suite d'un sinistre ;
- l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception (adressée par l'Assureur à l'Assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et adressée par l'Assuré à l'Assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité de sinistre).

### 13. REGLEMENT DES LITIGES

Tout différend né entre l'Assureur et le Bénéficiaire relatif à la fixation et au règlement des prestations sera soumis par la partie

la plus diligente, à défaut de résolution amiable, à la juridiction compétente du domicile du bénéficiaire conformément aux dispositions prévues à l'article R 114-1 du Code des assurances.

### 14. FAUSSES DECLARATIONS

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

- Toute réticence ou déclaration intentionnellement fautive de votre part entraîne la nullité du contrat. Les primes payées nous demeurent acquises et nous serons en droit d'exiger le paiement des primes échues, tel que prévu à l'article L 113.8 du Code des Assurances ;

- Toute omission ou déclaration inexacte de votre part dont la mauvaise foi n'est pas établie entraîne la résiliation du contrat 10 jours après la notification qui vous sera adressée par lettre recommandée et/ou l'application de la réduction des indemnités du Code des Assurances tel que prévu à l'article L 113.9.

### 15. AUTORITE DE CONTROLE

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