

SANTE CLASSIQUE

DISPOSITIONS GENERALES VALANT NOTICE D'INFORMATIONS



Le produit SANTE CLASSIQUE est un contrat d'assurance de groupe à adhésion individuelle et facultative portant la référence CCOL_SANTEC_GAM_0724. Il est conclu entre **L'Association MUTUELLE ET SOLIDARITE**, dénommé le **souscripteur**, et la Mutuelle de l'Est « La Bresse Assurances », Société d'Assurance Mutuelle régie par le code des assurances, dénommée **l'Assureur** dont le siège est 8 Avenue Louis JOURDAN – 01000 BOURG EN BRESSE.

Le contrat a pris effet le 01/02/2024 et se renouvelle par tacite reconduction le 1^{er} janvier de chaque année, pour des périodes successives d'un an, sauf dénonciation de l'une ou de l'autre des parties trois mois au moins avant l'échéance du contrat. Dans ce cas, les **adhérents** seront informés par l'Association MUTUELLE ET SOLIDARITE au moins deux mois avant la date de résiliation.

Le produit SANTE CLASSIQUE est ouvert aux **adhérents** de l'Association MUTUELLE ET SOLIDARITE, **âgés de 18 à 64 ans révolus**.

L'adhésion au produit SANTE CLASSIQUE s'effectue aux conditions et tarifs en vigueur à la date de sa prise d'effet, sous réserve des modifications postérieures qui seront notifiées aux **adhérents** conformément à l'article L 141-4 du Code des Assurances.

La gestion des contrats du produit SANTE CLASSIQUE ainsi que son adaptation aux évolutions sociales et techniques sont réalisées paritairement par les représentants de L'Association MUTUELLE ET SOLIDARITE et ceux de la Mutuelle de l'Est « La Bresse Assurances » conformément à l'article L 141-6 du Code des Assurances. Le contrat est solidaire et responsable en application de l'article L871-1 du Code de la Sécurité Sociale.

Le produit SANTE CLASSIQUE est formé :

- Des présentes Dispositions Générales d'assurance qui vous sont remises à l'adhésion. Elles définissent vos garanties et les exclusions ainsi que les droits et obligations de chaque partie,
- Du certificat d'adhésion qui vous est adressé pour vous confirmer l'application de vos garanties. Il reprend la formule de garanties que vous aurez choisie sur la demande d'adhésion ainsi que le montant des cotisations correspondantes.

TABLE DES MATIERES

1. DEFINITIONS.....	5
2. VOS GARANTIES.....	8
2.1 OBJET DES GARANTIES.....	8
2.2 DEFINITION DES GARANTIES.....	8
2.2.1 HOSPITALISATION.....	8
2.2.2 SOINS COURANTS.....	9
2.2.3 PREVENTION.....	12
3. LES RISQUES EXCLUS OU LIMITES.....	12
4. ETENDUE TERRITORIALE DE LA GARANTIE.....	13
5. DISPOSITIF DE LA LOI MADELIN.....	13
6. REGLEMENT DES PRESTATIONS.....	13
7. FORMATION ET VIE DU CONTRAT.....	14
7.1 DATE D'EFFET DE L'ASSURANCE.....	14
7.2 DUREE DE L'ADHESION.....	14
7.3 REVISION DU CONTRAT DE GROUPE.....	14
7.4 CHANGEMENT DE FORMULE DE GARANTIES.....	15
7.5 CESSATION DES GARANTIES – RESILIATION.....	15
7.5.1 LES GARANTIES PRENNENT FIN A LA DEMANDE DE L'ASSURE.....	15
7.5.2 LES GARANTIES PRENNENT FIN A L'INITIATIVE DE L'ASSUREUR.....	16
7.5.3 LES GARANTIES PRENNENT FIN A L'INITIATIVE DE L'ASSUREUR OU DE L'ASSURE.....	16
7.5.4 LES GARANTIES PRENNENT FIN DE PLEIN DROIT.....	16
7.5.5 LES MODALITES DE RESILIATION.....	17
8. COTISATIONS.....	17
8.1. CALCUL DE LA COTISATION.....	17
8.2. PAIEMENT DE LA COTISATION.....	17
8.3. REVISION DE LA COTISATION.....	17
8.4. SANCTIONS.....	17
9. DISPOSITIONS DIVERSES.....	18
9.1 PRESCRIPTION.....	18
9.2 SUBROGATION.....	19
9.3 LITIGES.....	19
9.4 FACULTE DE RENONCIATION.....	19
9.4.1 SI LE PRESENT CONTRAT VOUS A ETE PROPOSE DANS LE CADRE DE LA VENTE A DISTANCE.....	19
9.4.2 SI LE PRESENT CONTRAT VOUS A ETE PROPOSE DANS LE CADRE D'UNE OPERATION DE DEMARCHAGE.....	19
9.4.3 CONSEQUENCES DE LA RENONCIATION EN CAS DE VENTE A DISTANCE OU DE DEMARCHAGE.....	20
9.4.4 MODALITES DE RENONCIATION.....	20
10. RECLAMATIONS.....	20
10.1. DEFINITION DE LA RECLAMATION.....	20

10.2. L'EXERCICE ET LE TRAITEMENT DE LA RECLAMATION	20
11. PROTECTION DES DONNEES A CARACTERE PERSONNEL	21
11.1. LA RESPONSABILITE DES TRAITEMENTS	21
11.2 FINALITES ET BASES DES TRAITEMENTS	21
11.3 LA COMMUNICATION DES DONNEES PERSONNELLES.....	21
11.4 LIEU DES TRAITEMENTS ET D'HEBERGEMENT DES DONNEES PERSONNELLES.....	22
11.5 DUREE DE CONSERVATION DES DONNEES PERSONNELLES	22
11.6 EXERCICE DES DROITS.....	22
12. LUTTE CONTRE LA FRAUDE	22
BON A SAVOIR.....	23

L'adhésion est ouverte aux personnes âgées de 18 à 64 ans au 31 décembre de l'année de souscription et a pour objet de garantir le remboursement de vos dépenses de santé dans les conditions et limites définies ci-après.

1. DEFINITIONS

Afin de faciliter la compréhension de vos garanties vous trouverez ci-après un lexique des termes spécifiques utilisés dans les présentes Dispositions Générales.

ACCIDENT

Toute atteinte corporelle non intentionnelle, provenant d'un événement soudain, imprévisible, irrésistible et extérieur à la victime.

Ne sont pas considérés comme des accidents, les crises d'épilepsie, de delirium tremens, la rupture d'anévrisme, l'infarctus du myocarde, l'embolie cérébrale et l'hémorragie méningée.

ADHERENT/ ASSURE

L'**Adhérent** est la personne physique membre de l'Association souscriptrice et nommément désignée au certificat d'adhésion qui régularise ledit certificat et s'engage au paiement des cotisations dues.

ANNEE D'ASSURANCE

La période comprise entre deux échéances principales. Toutefois si la date de prise d'effet est distincte de l'échéance principale, la première année d'assurance est la période comprise entre cette date et la prochaine échéance principale. Par ailleurs si l'assurance prend fin entre deux échéances principales, la dernière année d'assurance est la période comprise entre la date d'échéance principale et la date de résiliation ou de radiation de l'assuré.

ASSUREUR

La Société Mutuelle d'Assurance Mutuelle de l'Est « La Bresse Assurances ».

AUXILIAIRES MEDICAUX

Il s'agit de professionnels de santé paramédicaux dont les actes peuvent être remboursés par l'assurance maladie obligatoire, tels les infirmiers, masseurs kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues.

BASE DE REMBOURSEMENT

Une référence à ce terme peut être faite sous l'acronyme « **BR** ». Il s'agit des tarifs servant de base aux remboursements du **Régime Obligatoire** de l'assurance maladie :

- ✓ **TA** : Tarif d'Autorité : les actes effectués par un professionnel de santé non conventionné par l'assurance maladie obligatoire.
- ✓ **TC** : Tarif de Convention : les actes sont effectués par un professionnel de santé conventionné par l'assurance maladie obligatoire,
- ✓ **TR** : Tarif de Responsabilité : tarif utilisé par l'assurance maladie obligatoire pour les médicaments, appareillages.

BENEFICIAIRE

Personne identifiée dans le certificat d'adhésion comme **bénéficiaire** des garanties prévues au contrat. Le **bénéficiaire** doit impérativement être affilié à un **Régime Obligatoire** d'assurance maladie français.

CODE

Désigne ci-après le Code des Assurances.

COMPLEMENT ALIMENTAIRE

Les compléments alimentaires sont définis comme « des denrées alimentaires dont le but est de compléter un régime alimentaire normal et qui constituent une source concentrée de nutriments ou d'autres substances ayant un effet nutritionnel ou physiologique ». Ces produits sont destinés à être pris par voie orale et sont conditionnés en doses sous forme de comprimés, gélules, pastilles, ampoules.

DISPOSITIF DE PRATIQUE TARIFAIRE MAITRISEE (DPTAM)

Appellation regroupant les mécanismes de maîtrise des dépenses médicales prévus par les conventions nationales mentionnées à l'article L162-5 du Code de la Sécurité Sociale. Sont notamment visés les dispositifs anciennement désignés Contrat d'Accès aux Soins (CAS) et nouvellement dénommées Options Pratiques Tarifaires Maîtrisées (OPTAM et OPTAM-CO) dont les définitions sont intégrées au présent lexique.

DEPASSEMENT D'HONORAIRES

Somme qu'un professionnel de santé facture au-delà de la **base de remboursement** de la Sécurité Sociale.

ECHEANCE ANNUELLE

La date indiquée sous ce titre au Certificat d'adhésion ; elle détermine le point de départ d'une **année d'assurance**. Elle correspond à la date à laquelle :

- ✓ La cotisation annuelle est exigible
- ✓ Le contrat peut être normalement résilié moyennant le préavis indiqué

FAIT GENERATEUR

Le fait générateur de la prestation correspond à la date d'exécution des soins et/ou actes médicaux ou date d'acquisition des dispositifs et appareillages le cas échéant.

FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER

Représente la participation financière du patient aux frais d'hébergement et d'entretien entraînés par son hospitalisation dans la mesure où cette dernière dure au moins 24 heures.

FORFAIT PATIENT URGENCES

Le forfait patient urgences (FPU) correspond à la participation du patient aux frais liés à son passage aux urgences.

FRAIS DE SEJOUR

Frais facturés par un établissement hospitalier au titre de certaines dépenses et services mis à disposition du patient pendant la période d'hospitalisation.

HOSPITALISATION

Tout séjour dans un établissement hospitalier 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** et dont la durée minimum comprend une nuit complète. L'hospitalisation à domicile et l'hospitalisation de jour sont assimilées aux soins médicaux courants.

LPP

Liste des Produits et Prestations remboursables. Liste fixée réglementairement pour définir l'ensemble des prestations et des produits qui font l'objet d'un remboursement du Régime Obligatoire.

MALADIE

Toute altération de la santé, constatée par une autorité médicale compétente.

NOUS

La société d'Assurance Mutuelle de l'Est « La Bresse Assurances ».

OPTAM

Options Pratiques Tarifaires Maîtrisées. Désigne un contrat signé entre l'Assurance Maladie et les médecins conventionnés de secteur 2 visant l'encadrement des montants d'honoraires

OPTAM-CO

Options Pratiques Tarifaires Maîtrisées Chirurgie Obstétrique. Désigne un contrat signé entre l'Assurance Maladie et les médecins de spécialité « chirurgie-gynécologie obstétrique » conventionnés en secteur 2 visant l'encadrement des montants d'honoraires.

PARCOURS DE SOINS

Désigne le parcours coordonné défini par la loi. Au titre de ce parcours, la consultation préalable du médecin traitant est obligatoire pour le recours à tout autre médecin (sauf exceptions limitativement énumérées par la loi). Le non-respect du **parcours de soins** peut entraîner la majoration du **ticket modérateur** et le non-remboursement d'éventuels **dépassements d'honoraires** au titre du présent contrat.

PARTICIPATION FORFAITAIRE

Montant restant à la charge de l'assuré social au titre des actes et consultations médicaux, réalisés par un médecin de ville, un établissement de santé hors le cas d'hospitalisation, les actes de biologie médicale et de radiologie.

PRESCRIPTION

Délai au-delà duquel aucune action ne peut plus être intentée.

PRESTATION

Intervention financière de l'Assureur lorsque les soins, actes médicaux et acquisition d'équipements médicaux correspondent à un fait générateur garanti par le présent contrat.

PRIX LIMITE DE VENTE

Montant de facturation maximal d'un produit de santé tel que défini par le Comité Economique des Produits de Santé.

REGIME OBLIGATOIRE

Régime d'assurance maladie français, habituellement désigné par l'appellation « Sécurité Sociale ».

SINISTRE

Accident ou maladie, fait générateur de la garantie.

SOUSCRIPTEUR

L'Association MUTUELLE ET SOLIDARITE, régie par la loi du 1^{er} août 2003, 6 boulevard de l'Europe – 68100 Mulhouse.

SUBROGATION

Substitution de l'**Assureur** dans les droits et actions de l'assuré ou du **bénéficiaire** du contrat à l'encontre de tout tiers.

L'**Assureur** ne peut recourir contre les enfants, descendants, ascendants, alliés en ligne directe, préposés, employés, ouvriers ou domestiques, et généralement toute personne vivant habituellement au foyer de l'assuré, sauf le cas de malveillance commise par une de ces personnes.

La **subrogation** est limitée au montant des indemnités versées.

TICKET MODERATEUR

Différence entre la **base de remboursement** de la Sécurité Sociale et le montant effectivement remboursé par celle-ci. La **participation forfaitaire** n'est pas prise en compte dans le calcul du **ticket modérateur**.

2. VOS GARANTIES

2.1 OBJET DES GARANTIES

Il est rappelé que l'adhésion est ouverte aux personnes âgées de 18 à 64 ans au 31 décembre de l'année de souscription.

L'adhésion a pour objet le remboursement des frais de santé engagés par les **bénéficiaires** assurés dans la limite des frais réellement engagés et de la formule de garanties retenue et mentionnée au certificat d'adhésion.

Pour faire l'objet du remboursement, les soins devront être dispensés entre la date d'effet des garanties et la date de résiliation de l'adhésion.

Le présent contrat répond à la réglementation en vigueur relative aux contrats dits « solidaires et responsables » tels que définis à l'article L871-1 du Code de la Sécurité Sociale et de l'ensemble des textes législatifs et réglementaires s'y rapportant. A ce titre, le présent contrat inclut les dispositions relatives au dispositif « 100% SANTE ».

Du fait de son caractère « responsable », les garanties du présent contrat :

- S'appliquent sous réserve du respect du **parcours de soins**. Dès lors, les majorations du **ticket modérateur** appliquées ainsi que les dépassements d'honoraires facturés dans le cadre de ce non-respect du **parcours de soins** seront exclus,
- Ne peuvent pas s'appliquer à la **participation forfaitaire** et à la franchise appliquée par l'assurance maladie qui restent par conséquent définitivement à votre charge.

Les garanties du contrat pourront être modifiées pour répondre aux obligations des contrats « responsable » dans les conditions prévues à l'article L112-3 du Code des Assurances.

2.2 DEFINITION DES GARANTIES

Le tableau des garanties ci-après définit les conditions de remboursements en fonction de la formule que vous avez retenue au certificat d'adhésion.

2.2.1 HOSPITALISATION

Les garanties s'appliquent au titre de l'hospitalisation dans des établissements de santé publics ou privés à l'exclusion des établissements médico-sociaux, maisons de retraite ou établissements de soins de longue durée visés à l'article 3 ci-après.

Sont garantis sous condition expresse de leur prise en charge préalable par le Régime Obligatoire :

- ✓ Les honoraires et actes médicaux, chirurgicaux et obstétricaux
 - En cas de **Dépassement d'honoraires**, leur prise en charge variera en fonction de l'adhésion ou non du professionnel de santé à un **Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée**
- ✓ Les **Frais de séjour** en établissement hospitalier conventionné. En cas d'hospitalisation dans un établissement hospitalier non conventionné, la prise en charge des frais de séjour se fera à hauteur du ticket modérateur sur la base du tarif d'autorité
- ✓ Le **Forfait journalier hospitalier** en établissement conventionné ou non
- ✓ Le **Forfait patient urgence**
- ✓ Les frais de transports

Peuvent également être partiellement pris en charge par l'allocation d'un forfait et sous réserve de la formule de garantie que vous avez retenue au certificat d'adhésion, les frais non pris en charge par le **Régime Obligatoire** suivants :

- ✓ La chambre particulière en cas de d'hospitalisation d'un minimum de 24H
- ✓ Les frais d'accompagnement (lit et repas) : pour que la personne qui accompagne l'assuré(e) hospitalisé(e) puisse bénéficier de cette garantie, l'assuré(e) hospitalisé(e) doit avoir entre 0 et 15 ans au cours de son séjour en milieu hospitalier.

2.2.2 SOINS COURANTS

Sont garantis **sous condition expresse de leur prise en charge préalable par le Régime Obligatoire** :

- ✓ Les honoraires médicaux à la suite des consultations, visites et soins réalisés par les médecins généralistes et spécialistes.
 - En cas de **Dépassement d'honoraires**, leur prise en charge variera en fonction de l'adhésion ou non du professionnel de santé à un **Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée**
- ✓ Les frais d'analyse et d'examen en laboratoire
- ✓ Les frais de radiologie
 - En cas de **Dépassement d'honoraires**, leur prise en charge variera en fonction de l'adhésion ou non du professionnel de santé à un **Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée**
- ✓ Les médicaments
- ✓ Les prothèses non dentaires et appareillages hors auditifs
- ✓ Les honoraires des **auxiliaires médicaux**
- ✓ Les frais de transport hors hospitalisation
- ✓ Les frais liés à des soins prodigués à l'étranger

Certaines dépenses de santé, non prises en charge par le **Régime Obligatoire** peuvent néanmoins faire l'objet d'un remboursement en fonction de la formule de garantie que vous avez retenue au certificat d'adhésion. Il s'agit :

- ✓ Du forfait maternité réservé à nos assurés en cas de naissance ou d'adoption. **Cette prestation est versée sous condition de l'affiliation de l'enfant au présent contrat.**
- ✓ Des actes de médecines douces dispensés par un professionnel habilité et diplômé en France pour les disciplines limitativement énumérées au Tableau des Garanties.

DENTAIRE

LES SOINS DENTAIRES ET LES OBTURATIONS INLAY/ ONLAY ET OVERLAY

Ces soins sont garantis sous réserve de leur prise en charge par le **Régime Obligatoire** et selon la formule de garantie que vous avez retenue au certificat d'adhésion.

PROTHESES

L'évolution de la réglementation des « contrats responsables et solidaires » prévoit pour les prothèses 3 paniers distincts, soit le panier « 100% Santé », le panier « tarifs maîtrisés » et le panier « tarifs libres ».

- ✓ *Le panier « 100% santé »*

Pour les prothèses définies réglementairement comme entrant dans le dispositif « 100% santé » dans lequel l'objectif est d'aboutir à ce que vous n'avez aucun reste à charge, nous interviendrons à hauteur du prix limite de facturation après remboursement du **Régime Obligatoire**.

- ✓ *Prothèses des paniers « tarifs maîtrisés » et « tarifs libres »*

Pour les prothèses faisant partie des paniers « tarifs maîtrisés » et « tarifs libres » la garantie s'applique après remboursement du **Régime Obligatoire** et selon la formule de garantie que vous avez retenue au certificat d'adhésion, dans les limites fixées par la réglementation sur les « contrats responsables ».

ORTHODONTIE ET IMPLANTOLOGIE

- ✓ *Soins d'orthodontie remboursés par le Régime Obligatoire :*

La garantie s'applique après remboursement du **Régime Obligatoire** et selon la formule que vous avez retenue au certificat d'adhésion.

Les remboursements du Régime Obligatoire s'effectuant par « semestre » dans le cadre de l'orthodontie, en cas de résiliation du contrat en cours de semestre, notre participation interviendra au prorata de la période assurée.

- ✓ *Soins d'orthodontie et d'implantologie non remboursés par le Régime Obligatoire*

Ces soins pourront faire l'objet de l'allocation du « Forfait Plus 3 ans » défini au point 2.4.4. ci-après sous réserve de la formule de garantie que vous avez retenue au certificat d'adhésion.

FORFAIT PLUS 3 ANS

S'il est prévu dans la formule de garantie que vous avez retenue au certificat d'adhésion, un forfait complémentaire vous sera acquis après 3 années d'adhésion révolues pour les prothèses, implants ou orthodontie qu'ils soient remboursés ou non par le **Régime Obligatoire**, dans la limite de vos dépenses réelles.

Le montant de ce forfait est déterminé, le cas échéant, en fonction de la formule de garantie retenue au certificat d'adhésion.

OPTIQUE

L'évolution de la réglementation des « contrats responsables et solidaires » prévoit pour l'optique, 2 classes d'équipements (équipement= monture + 2 verres) soit des équipements de Classe A et des équipements de Classe B.

Les équipements de Classe A correspondent aux verres et montures expressément désignés par la réglementation (désignation des équipements sur la Liste des Produits et Prestations ou LPP) comme relevant du panier « 100% santé ». Pour ce panier, l'objectif est d'aboutir à ce que vous ne supportiez aucun reste à charge après le remboursement du **Régime Obligatoire** et celui effectué par nos soins.

Les équipements de Classe B correspondent aux équipements en tarifs libres.

Renouvellement des équipements (toutes classes d'équipement) :

Pour les adultes et les enfants de plus de 16 ans, le nombre d'équipement est limité à 1 équipement par période de deux ans, le point de départ du délai étant le jour de facturation dudit équipement. Des cas de renouvellements anticipés existent cependant et sont ceux prévus à l'article L165-1 du Code de la Sécurité Sociale.

Pour les enfants de moins de 16 ans, un renouvellement d'1 équipement tous les ans est possible sous condition d'une justification d'évolution de la vue.

Pour les enfants jusqu'à 6 ans, le renouvellement d'un équipement peut être envisagé au terme d'une période de 6 mois dans le strict cas d'une mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage qui aurait pour conséquence une perte d'efficacité des verres correcteurs.

EQUIPEMENT RELEVANT DE LA CLASSE A « 100% SANTE »

Pour les équipements relevant de la Classe A définis réglementairement comme entrant dans le dispositif « 100% santé », la garantie s'applique à hauteur du **Prix Limite de Vente** après remboursement du **Régime Obligatoire**.

Lorsque cet équipement de classe A comporte deux verres dont les indices de réfraction sont différents, une prestation d'appairage est nécessaire. La garantie s'applique également pour cette prestation à hauteur du **Prix Limite de Vente** après remboursement du **Régime Obligatoire**.

Au titre de la réglementation des « contrats responsables et solidaires » la prise en charge de la monture ne peut excéder 100 €.

EQUIPEMENT RELEVANT DE LA CLASSE B « TARIFS LIBRES »

Pour les équipements relevant de la Classe B à savoir ceux relevant de tarifs libres, la garantie s'applique, en fonction de la complexité des verres, après remboursement du **Régime Obligatoire** et selon la formule que vous avez retenue au certificat d'adhésion étant précisé que toutes les formules comprennent à minima la prise en charge du **ticket modérateur** et respectent les conditions de planchers et plafonds de la réglementation sur le « contrat responsable ».

Au titre de la réglementation des « contrats responsables et solidaires » la prise en charge de la monture ne peut excéder 100€.

Situation de panachage : Le dispositif « 100% santé » prévoit la possibilité de vous équiper d'une monture de la Classe A et de verres relevant de la Classe B et inversement.

Dans ce cas les verres ou la monture de Classe A feront l'objet d'une prise en charge à hauteur du Prix Limite de Vente après remboursement du **Régime Obligatoire** et les verres ou la monture de Classe B seront pris en charge selon la formule retenue au certificat d'adhésion et après remboursement du **Régime Obligatoire** dans la limite des frais réels.

Classification des équipements

VERRES SIMPLES	VERRES COMPLEXES
<ul style="list-style-type: none">✓ Verres unifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre -6,00 et +6,00 dioptries✓ Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur à +4,00 dioptries✓ Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère+cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries	<ul style="list-style-type: none">✓ Verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de -6,00 et +6,00 dioptries✓ Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à +4,00 dioptries✓ Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptries✓ Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 dioptries✓ Verres multifocaux et progressifs

Un équipement est qualifié « d'équipement simple » lorsqu'il comprend une monture + 2 verres simples.

Un équipement est qualifié « d'équipement complexe » lorsqu'il comprend une monture + 1 verre simple + 1 verre complexe.

Un équipement est qualifié « d'équipement très complexe » lorsqu'il comprend une monture + 2 verres complexes.

LENTILLES DE CONTACT

La garantie s'applique, que les dispositifs soient remboursés ou non par le **Régime Obligatoire**, par l'application du forfait annuel lequel est fonction de la formule de garantie retenue au certificat d'adhésion.

FORFAIT PLUS 3 ANS

S'il est prévu dans la formule de garantie que vous avez retenue au certificat d'adhésion, un forfait annuel complémentaire vous sera acquis après 3 années d'adhésion révolues. Le montant de ce forfait est déterminé, le cas échéant, en fonction de la formule de garantie retenue au certificat d'adhésion.

AIDES AUDITIVES

La réglementation prévoit une prise en charge différenciée des aides auditives en fonction de deux classes, soit la Classe I et la Classe II.

Les équipements de Classe I correspondent aux aides auditives expressément désignées par la réglementation (désignation des équipements sur la Liste des Produits et Prestations ou LPP) comme relevant du panier « 100% santé ». Pour ce panier, l'objectif est d'aboutir à ce que vous ne supportiez aucun reste à charge après le remboursement du **Régime Obligatoire** et celui effectué par nos soins.

Les équipements de Classe II correspondent aux équipements en tarifs libres.

Quelle que soit la classe de l'équipement, la prise en charge s'effectuera dans la limite de 1 équipement par oreille tous les 4 ans, le point de départ de la période correspondant à la date de facturation dudit équipement.

✓ *Prise en charge des équipements de classe I*

Pour les équipements relevant de la Classe I définis réglementairement comme entrant dans le dispositif « 100% santé », la garantie s'applique à hauteur du **Prix Limite de Vente** après remboursement du **Régime Obligatoire**.

✓ *Prise en charge des équipements de classe II :*

La garantie s'applique après remboursement du **Régime Obligatoire** et selon la formule que vous avez retenue au certificat d'adhésion.

2.2.3 PREVENTION

Sont garantis les seuls actes de prévention mentionnés au tableau des garanties et selon la formule retenue au certificat d'adhésion.

ANNONCE D'UN DIAGNOSTIC SEVERE

Le forfait mentionné au Tableau des Garanties, dont le montant est fonction de la formule retenue au certificat d'adhésion, sera versé au bénéficiaire pendant la durée de validité du contrat, en cas de l'une des pathologies suivantes :

- ✓ **Cancers à l'exception des carcinomes in situ ;**
- ✓ **Accident vasculaire cérébral (AVC) classés de 16 à 42 sur l'échelle **NHSS** ;**
- ✓ **Infarctus du myocarde, insuffisance cardiaque avancée ;**
- ✓ **Maladie d'Alzheimer ;**
- ✓ **Maladie de Parkinson ;**
- ✓ **Insuffisance rénale nécessitant une dialyse ou une greffe ;**
- ✓ **Sclérose en plaques ;**
- ✓ **SIDA (syndrome d'immunodéficience acquise) : Maladie causée par le VIH, affaiblissant le système immunitaire ;**
- ✓ **Hépatite virale avancée soit au minimum une fibrose classée F3 cumulée à une inflammation classée A2 ou A3, selon le système de classification METAVIR ;**
- ✓ **Leucémie, lymphome ;**
- ✓ **Sclérose latérale amyotrophique (SLA) dite « maladie de Charcot ».**

La liste ci-avant est strictement exhaustive.

le carcinome in situ se définit comme la présence de cellules anormales ne s'étant pas propagées dans les tissus environnants.

NHSS: National Institute of Health Stroke Scale. Echelle mesurant la gravité des déficits neurologiques causés par un accident vasculaire cérébral.

AMENAGEMENT DU LIEU DE VIE

Le forfait mentionné au Tableau des Garanties, dont le montant est fonction de la formule retenue au certificat d'adhésion, sera versé au bénéficiaire en cas de maladie invalidante ou des conséquences d'un accident, **conduisant à une invalidité de seconde ou troisième catégorie et nécessitant l'aménagement du lieu de vie.**

Les forfaits au titre des points 2.8.1. et 2.8.2. ci-dessus ne sont pas cumulables.

Chaque bénéficiaire ne pourra bénéficier que d'un forfait pendant toute la durée du contrat.

Le bénéficiaire fournira, outre l'attestation de son médecin traitant constatant les situations évoquées ci-dessus, tout justificatif éventuellement sollicité par l'Assureur. Ce dernier pourra mettre en œuvre l'expertise médicale visée au point 6 ci-après.

3. LES RISQUES EXCLUS OU LIMITES

Exclusions : le remboursement des dépenses de santé ne sera pas effectué lorsque les suites et conséquences de la maladie ou l'accident, résultent :

- **De prestations non indiquées dans cette notice,**
- **De dossiers présentés plus de deux ans après la date des soins,**
- **D'actes médicaux prescrits postérieurement à la date de cessation de la garantie, les dates des soins sur le décompte de l'Assurance Maladie faisant foi,**
- **De séjours en établissements hospitaliers ne dépendant pas de l'article L 174 – 4 du Code de la Sécurité Sociale,**

- De tous les actes non pris en charge par l'Assurance Maladie, à l'exception de ceux pour lesquels cette condition n'est pas requise dans le détail des garanties au point 2 des présentes Dispositions Générales,
- Les soins, consultations et hospitalisations consécutives à des affections mentales, psychiques ou psychiatriques sont limitées à un remboursement de 100 % du ticket modérateur et le cas échéant aux Frais de séjour et au forfait hospitalier,
- Les participations forfaitaires visées à l'article L160-13. II du Code de la Sécurité Sociale,
- La franchise forfaitaire annuelle visée à l'article L16013.III du Code de la Sécurité Sociale,
- Les dépassements d'honoraires en cas de non-respect du parcours de soins
- Les dépenses pour les séjours en établissements médico-sociaux, dans les maisons de retraites et unité de soins de longue durée (ex. Maison d'Accueil Spécialisée, Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes etc...)

4. ETENDUE TERRITORIALE DE LA GARANTIE

Les garanties s'exercent en France et dans le Monde entier sous réserve de l'intervention préalable du remboursement du **Régime Obligatoire** français.

5. DISPOSITIF DE LA LOI MADELIN

Si l'assuré exerce une profession indépendante (profession libérale, artisan, commerçant, dirigeant d'entreprise), il peut souscrire ce contrat dans le cadre du dispositif « Madelin » prévu par la loi N°94-126 du 11 février 1994. La souscription de son contrat entraîne dès lors son adhésion à une association de travailleurs non-salariés mentionnée aux conditions particulières, son contrat revêtant la forme d'un contrat groupe. L'assuré devra attester qu'il est à jour du versement de ses cotisations aux régimes d'assurances obligatoires ou au régime de la Sécurité Sociale, lors de la souscription et à chaque échéance anniversaire de la souscription (art. L652-4 du code de la Sécurité Sociale).

6. REGLEMENT DES PRESTATIONS

Des accords ont été signés avec une majorité de caisses d'assurance maladie permettant un service de télétransmission des données. Ce service vous dispense de nous adresser vos décomptes de soins émis par l'assurance maladie car ils nous auront été communiqués par liaisons informatiques.

Vous pouvez renoncer à ce service d'échange de données informatiques en en faisant la demande par écrit, conformément à la loi Informatiques et Libertés.

Lors de l'adhésion, l'**adhérent** assuré se voit également remettre une carte de Tiers Payant permettant la dispense d'avance de frais auprès de certains professionnels de santé.

Cependant lorsque le **bénéficiaire** assuré ne bénéficie pas de ces services de télétransmission ou de tiers payant, il devra nous produire pour être remboursé :

- Les décomptes de soins originaux émis par l'assurance maladie obligatoire,
- Les originaux des notes, ordonnances ou factures acquittées.

Dans tous les cas, le remboursement de l'**Assureur** sera effectué en euros.

L'**Assureur** se réserve le droit de réclamer tout justificatif lui permettant d'établir la réalité des frais engagés ; à défaut de ne pouvoir les obtenir, l'assuré s'expose à la déchéance de ses garanties.

L'assuré est tenu de fournir toutes les pièces complémentaires qui lui seraient demandées pour la bonne constitution du dossier de règlement.

Contrôle de l'assuré : lors de l'ouverture du service des prestations ou pour assurer leur continuation éventuelle, l'assuré peut être soumis à des visites médicales, contrôles ou enquêtes de notre part. Son médecin pourra l'assister. Il s'agit uniquement de vérifier que l'assuré remplit les conditions requises pour bénéficier des prestations qui vont lui être versées ou qui lui ont déjà été versées. Il est de son intérêt d'accepter ces contrôles car en cas de refus de sa part de s'y soumettre, les prestations ne seraient pas versées. Toutefois, si l'assuré apporte la preuve que c'est en raison d'un cas fortuit ou de force majeure que le contrôle n'a pu être exercé, il ne sera pas pénalisé et les prestations seront maintenues.

Expertise médicale : nous nous réservons le droit de faire examiner l'assuré par un médecin de notre choix.

L'assuré est tenu de se soumettre à l'expertise médicale, diligentée par l'**Assureur** à ses frais. L'assuré peut se faire

assister par le médecin de son choix, les frais et honoraires restant alors à sa charge. En cas de conclusions discordantes entre le médecin-expert de l'**Assureur** et le médecin-expert de l'assuré, il pourra être mise en place une procédure d'arbitrage. Dans ce cas, l'**Assureur** proposera au moins deux médecins-experts autres que ceux déjà mandatés, l'assuré ayant la faculté de choisir celui à qui reviendra l'arbitrage. Chaque partie supportera 50% des honoraires de l'arbitre. Les parties s'engagent à suivre les conclusions de l'arbitre sauf démonstration d'un comportement dolosif ou d'une erreur manifeste.

Le paiement des prestations sera suspendu pendant toute la procédure d'expertise médicale. Les prestations d'ores et déjà versées et qui se révéleraient indues à la suite de l'expertise médicale, feront l'objet d'une demande de remboursement.

Le refus du **bénéficiaire** de se soumettre à une expertise médicale entraînera la déchéance des garanties.

7. FORMATION ET VIE DU CONTRAT

7.1 DATE D'EFFET DE L'ASSURANCE

L'adhésion est établie d'après les déclarations du **souscripteur** ou de l'assuré et la cotisation est fixée en conséquence.

L'adhésion prend effet à la date convenue entre les parties et au plus tôt le lendemain midi du paiement de la première cotisation et figure au certificat d'adhésion. Il en va de même pour toute modification.

La prise d'effet des garanties est subordonnée à l'acceptation du dossier et à notre confirmation.

En tout état de cause l'adhésion ne peut être reçue que si l'assuré remplit les conditions suivantes :

- Il est domicilié en France,
- Il est affilié au régime général de la Sécurité Sociale ou au régime local de l'Assurance Maladie des départements du Bas-Rhin, Haut-Rhin et de la Moselle ou de tout autre organisme d'assurance maladie français,
- Il est âgé de plus de dix-huit ans et respecte les conditions d'âge visées au point 2.1 des présentes Dispositions Générales.

L'assuré s'engage :

- **A l'adhésion :** l'**adhérent** et les **bénéficiaires** assurés doivent, de bonne foi, déclarer toutes les circonstances connues, à l'exception de leur état de santé, qui sont de nature à faire apprécier à l'**Assureur** les risques qu'il prend à sa charge et répondre exactement aux questions posées dans le formulaire de proposition.
- **En cours d'adhésion :** l'**adhérent** ou à défaut le(s) **bénéficiaire(s)** assuré(s) doit par lettre recommandée déclarer, dans les 15 jours à partir du moment où il en a eu connaissance, les circonstances nouvelles qui ont eu pour conséquence d'aggraver les risques, à l'exception de celles relatives à son état de santé et qui rendent inexacts ou caduques les réponses faites à l'**Assureur** dans le formulaire de proposition.

En cas de déclaration inexacte, l'adhésion peut être entachée de nullité conformément aux articles L113-8 et L113-9 du Code des Assurances.

7.2 DUREE DE L'ADHESION

L'adhésion est conclue pour une durée d'un an et est renouvelable par tacite reconduction à chaque échéance principale indiquée au certificat d'adhésion, sauf dénonciation de celle-ci dans les conditions définies au point 11 ci-après.

7.3 REVISION DU CONTRAT DE GROUPE

La définition des garanties, la tarification et leurs règles d'application tiennent compte des dispositions législatives et réglementaires.

Si ces dernières venaient à être modifiées en cours d'exécution de la convention, celles-ci continueraient de s'appliquer compte tenu des dispositions précitées en vigueur avant l'effet de ces modifications. Toutefois, l'Assureur se réserve la possibilité de procéder à une révision de la convention, au plus tôt, à compter de la date d'effet des nouvelles dispositions.

Le souscripteur du contrat de groupe, ainsi que les adhérents, conservent néanmoins la possibilité de demander dans les trente jours suivant la proposition de l'Assureur, respectivement, la résiliation du contrat ou de leur adhésion sans délai de préavis. La résiliation prendra alors effet le 1er jour du mois civil suivant la demande de l'Association ou des Assurés ou à compter de la date de modification proposée si elle est postérieure au jour précité. Dans ce dernier cas, les conditions de garanties et de cotisations sont maintenues jusqu'à la date de résiliation sur les bases en vigueur avant lesdites modifications.

7.4 CHANGEMENT DE FORMULE DE GARANTIES

L'Assuré peut modifier son choix :

- Tous les ans au premier janvier, sous réserve d'en faire la demande avant le 31 octobre (cachet de la poste faisant foi) ;
- En cas de changement de situation de famille, sous réserve d'en faire la demande dans les trois mois suivant l'événement ; la formule prend alors effet le 1er jour du trimestre civil suivant l'événement (en cas de demande tardive, l'Assuré se retrouve dans la situation visée au premier point ci-dessus).

Il est expressément convenu que le retour à une formule inférieure à celle qui fait suite à un premier changement de formule, rend tout nouveau changement à la hausse impossible.

En cas de changement de niveau les bonifications liées à l'antériorité ; dénommés ci-avant « Forfaits + » ne seront pas conservées.

7.5 CESSATION DES GARANTIES – RESILIATION

7.5.1 LES GARANTIES PRENNENT FIN A LA DEMANDE DE L'ASSURE

- **A l'échéance principale** : dans ce cas l'assuré peut demander la résiliation de son adhésion à effet de la prochaine échéance principale moyennant préavis de deux mois.
- **A tout moment, sans frais ni pénalité, après l'expiration d'un délai d'un an à compter de la prise d'effet de l'adhésion** : dans ce cas, la résiliation prendra effet un mois à compter de la notification faite à l'Assureur par lettre ou tout autre support durable. Lorsque cette faculté de résiliation a pour objet la souscription d'un contrat auprès d'un nouvel organisme d'assurance, ce dernier effectue les formalités nécessaires et s'assure de l'absence d'interruption de la couverture (L113-15-2 du Code).
- **En cas de nouvelle affiliation de l'assuré à un contrat groupe obligatoire** : la demande devra être faite par l'assuré par l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception à l'Assureur accompagnée de l'attestation de l'employeur précisant la date d'affiliation au contrat santé de l'entreprise ainsi que son caractère obligatoire. Cette demande devra être adressée dans un délai maximal d'un mois à compter de l'affiliation au contrat collectif obligatoire de l'entreprise.

La résiliation sera alors effective au jour de l'affiliation au contrat collectif obligatoire de l'entreprise, sauf si des remboursements ont été effectués après cette date. En pareil cas, la résiliation prendra effet au 1^{er} du mois qui suit le dernier remboursement.

- **En cas d'augmentation des cotisations** : la demande devra être adressée à l'**Assureur** dans un délai d'un mois à compter de la date de réception de l'avis d'échéance. La résiliation prendra effet au 1^{er} du mois suivant la réception de la résiliation par l'**Assureur**.
- **En cas de modification des garanties** : le contrat collectif auquel vous adhérez peut être modifié par avenant. L'association souscriptrice MUTUELLE ET SOLIDARITE informera ses **adhérents** des modifications apportées trois mois au minimum avant l'entrée en vigueur de celles-ci. L'assuré dispose de la faculté de résilier son adhésion par lettre recommandée avec accusé de réception dans un délai de 30 jours à compter de la notification de l'information sur les modifications envisagées.
- Par exception, lorsque les modifications ont pour objet la mise en conformité du contrat avec la réglementation du « contrat responsable » (art. L871-1 du Code de la Sécurité Sociale) l'information sur les modifications sera effectuée par l'**Assureur** dans un délai minimal de 30 jours avant leur entrée en vigueur. A compter de la notification l'assuré, dispose d'un délai de 30 jours pour refuser ces modifications par l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception. La résiliation prendra alors effet au jour de l'entrée en vigueur des modifications.

7.5.2 LES GARANTIES PRENNENT FIN A L'INITIATIVE DE L'ASSUREUR

- En cas d'omission ou de déclaration inexacte lors de la souscription ou en cours d'adhésion, si votre mauvaise foi n'est pas établie (art. L113-9 du Code),
- En cas d'aggravation des risques, selon les dispositions de l'article L 113-4 du Code. Conformément à l'article 6 de la Loi 89-1009 du 31 décembre 1989, l'aggravation du risque ne peut en aucun cas être liée à l'état de santé.
- En cas de non-paiement des cotisations conformément aux dispositions de l'article L113-3 du Code des Assurances. **A ce titre en cas de non-paiement de la cotisation ou d'une fraction de cotisation dans les 10 jours après la date d'échéance du paiement, l'Assureur enverra à l'adhérent une lettre recommandée valant mise en demeure. Les garanties seront suspendues 30 jours après cet envoi. Passé ce délai et en l'absence de paiement, l'adhésion sera résiliée sans autre formalité sous un délai de 10 jours.**

7.5.3 LES GARANTIES PRENNENT FIN A L'INITIATIVE DE L'ASSUREUR OU DE L'ASSURE

En cas de changement de domicile, de situation matrimoniale, de régime matrimonial, de profession, de retraite professionnelle ou cessation définitive d'activité de l'**adhérent** lorsque le changement rend l'objet de la garantie inapproprié à la nouvelle situation.

7.5.4 LES GARANTIES PRENNENT FIN DE PLEIN DROIT

- En cas de retrait de nos agréments (art. L326-12 du Code),
- En cas de retrait d'agrément de l'union de sociétés d'assurance mutuelles à laquelle adhère votre Mutuelle. La résiliation intervient le dixième jour à midi, à compter de la date de publication au Journal Officiel de la décision prononçant le retrait, la portion de cotisation afférente à la période non garantie étant alors restituée à l'assuré (art. R322-113 du Code).

7.5.5 LES MODALITES DE RESILIATION

Conformément à l'article L113-14 du Code, lorsque l'adhérent a la faculté de résilier le contrat, il le notifie à l'Assureur, selon son choix :

- Soit par lettre ou tout autre support durable,
- Soit par déclaration faite à notre Siège Social ou auprès de notre représentant,
- Soit par acte extra-judiciaire,
- Soit lorsque nous vous avons proposé le présent contrat par un mode de communication à distance, par le même mode de communication.

Vous pouvez par ailleurs bénéficier du service de résiliation « en 3 clics » sur le site internet de votre Mutuelle à l'adresse

<https://resiliation.bresse-assurances.fr/resiliation>

8. COTISATIONS

8.1. CALCUL DE LA COTISATION

La cotisation est calculée par année civile selon les éléments suivants :

- L'âge de l'assuré,
- Le régime social de l'assuré ou son statut de travailleur indépendant (voir article 6),
- La formule de garantie retenue au certificat d'adhésion.

8.2. PAIEMENT DE LA COTISATION

La cotisation est payable à la date d'échéance fixée au certificat d'adhésion au siège social de l'**Assureur** ou au domicile de son représentant désigné à cet effet.

En cas d'utilisation du prélèvement SEPA pour le paiement de la cotisation, y compris frais et taxes, nous nous accordons, vous et nous, sur une pré-notification d'au moins 2 jours avant la date du premier prélèvement effectué.

En cas de défaut de paiement des cotisations ou d'une fraction de cotisation la procédure décrite à l'article 11.2 des présentes Dispositions Générales pourra être mise en œuvre.

8.3. REVISION DE LA COTISATION

La cotisation est fixée selon différents paramètres : le régime obligatoire d'assurance maladie, l'âge, la formule de garanties choisie. Elle évolue à chaque échéance principale en fonction de l'âge des personnes assurées, de l'évolution de la consommation médicale et des résultats techniques du groupe assuré.

La cotisation peut également évoluer en cas de modifications législatives ou réglementaires.

En dehors de ces cas, si l'**Assureur** vient à modifier les tarifs applicables aux risques garantis par la présente adhésion, la cotisation est modifiée dans la même proportion à l'échéance principale qui suit cette modification.

En cas de majoration de la cotisation, le **souscripteur** a la possibilité de résilier le contrat dans les conditions décrites au point 11 des présentes Dispositions Générales.

8.4. SANCTIONS

Toute réticence, fausse déclaration, production d'informations erronées faites intentionnellement entraînent la nullité du contrat, quand cette réticence ou fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue notre opinion.

Les cotisations payées nous demeurent acquises et nous avons droit au paiement de toutes cotisations échues à titre de dommages intérêts (art. L113-8 du Code).

Lorsque la réticence ou la fausse déclaration ne revêt pas un caractère intentionnel, l'**Assureur** peut, dans les termes de l'article L113-9 du Code :

- Soit résilier le contrat,
- Soit proposer un nouveau montant de cotisation adapté au risque réel et, si le **souscripteur** ou l'assuré n'accepte pas la nouvelle cotisation ou ne répond pas dans un délai d'un mois, résilier le contrat dans un délai d'un mois, moyennant un préavis de 10 jours,
- Lorsque l'inexactitude est constatée après **sinistre**, réduire les indemnités dues au titre de celui-ci dans la proportion de la cotisation payée par rapport à celle qui aurait dû l'être si le risque avait été correctement déclaré.

9. DISPOSITIONS DIVERSES

9.1 PRESCRIPTION

Toute action dérivant de votre contrat est irrecevable au terme d'un délai de **DEUX (2) ans** à compter de l'événement qui lui a donné naissance, selon les dispositions des articles L114-1 et L114-2 du Code des assurances qui prévoient :

Article L114-1

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

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

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

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

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

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

Article L114-2

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

Article L114-3

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

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'exécutions 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).

9.2 SUBROGATION

L'Assureur est subrogé dans les droits et actions de l'adhérent jusqu'à concurrence des indemnités réglées contre tout tiers responsable du sinistre. Si la subrogation ne peut, du fait de l'adhérent, s'opérer en faveur de l'Assureur, la garantie de cette dernière cesse d'être engagée dans la mesure où aurait pu s'exercer la subrogation.

9.3 LITIGES

En cas de difficulté quelconque concernant l'application de la présente adhésion, les parties conviennent de se rapporter à la sentence rendue par deux arbitres compétents sur la cause du litige, choisis par chacune d'elle dans un délai d'un mois.

Toute contestation d'ordre médical survenant entre le médecin de l'assuré et le nôtre serait soumise à l'arbitrage d'un médecin-expert désigné d'un commun accord entre les deux premiers.

Si un accord n'intervenait pas, un médecin-expert serait nommé par la juridiction compétente du domicile de l'assuré. Les honoraires et frais du médecin-expert seraient partagés entre l'assuré et nous.

9.4 FACULTE DE RENONCIATION

L'adhérent dispose de la possibilité de renoncer au contrat si celui-ci lui a été proposé dans le cadre de la vente à distance ou d'une opération de démarchage, dans les conditions et modalités définies ci-dessous.

9.4.1 SI LE PRESENT CONTRAT VOUS A ETE PROPOSE DANS LE CADRE DE LA VENTE A DISTANCE

Constitue une fourniture d'opération d'assurance à distance l'opération d'assurance auprès d'un souscripteur, personne physique, qui agit dans le cadre d'un système de vente ou de prestation de services à distance organisé par l'assureur qui, pour ce contrat, utilise exclusivement des techniques de communication à distance jusqu'à, y compris, la conclusion du contrat.

Conformément à l'article L112-2-1 du Code des Assurances relatif à la vente à distance, l'adhérent bénéficie de la faculté de renoncer à son contrat dans un délai de quatorze (14) jours à compter de la conclusion du contrat ou du jour où il a reçu les conditions contractuelles, sans motif ni pénalité.

9.4.2 SI LE PRESENT CONTRAT VOUS A ETE PROPOSE DANS LE CADRE D'UNE OPERATION DE DEMARCHAGE

Constitue une opération de démarchage à domicile le fait pour un souscripteur, personne physique, de faire 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 à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle. Conformément à l'article L112-9 du Code des Assurances relatif au démarchage à domicile, l'Adhérent bénéficie de la faculté de renoncer à son contrat dans un délai de quatorze (14) jours à compter de la conclusion du contrat ou du jour où il a reçu les conditions contractuelles, sans motif ni pénalité.

9.4.3 CONSEQUENCES DE LA RENONCIATION EN CAS DE VENTE A DISTANCE OU DE DEMARCHAGE

L'exercice de ce droit de renonciation entraîne la résiliation du contrat à compter de la date de réception de la lettre recommandée. Le souscripteur est informé que les contrats pour lesquels s'applique le droit de renonciation ne peuvent recevoir de commencement d'exécution avant l'arrivée du terme du délai de renonciation sans son accord.

Dans ce cas, le souscripteur qui a expressément demandé la prise d'effet des garanties du contrat avant l'expiration du délai de renonciation, sera tenu au paiement de la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque a été couvert à sa demande.

Le montant ainsi dû par le souscripteur est calculé selon la règle suivante : montant de la cotisation annuelle figurant aux Conditions Personnelles du contrat, hors frais de dossier et taxe Attentats / 365 x nombre de jours garantis. Il est précisé que les frais de dossier et la taxe Attentats ne seront pas remboursés.

Toutefois, l'intégralité de la cotisation reste due à l'assureur si le souscripteur exerce son droit de renonciation alors qu'un sinistre mettant en jeu la garantie du contrat et dont il n'a pas eu connaissance est intervenu pendant le délai de renonciation. Il est précisé que, conformément aux dispositions de l'article L.112-9 du Code des Assurances, ce droit de renonciation ne s'applique pas dès lors que le souscripteur a connaissance d'un sinistre mettant en jeu la garantie du contrat.

9.4.4 MODALITES DE RENONCIATION

L'Adhérent exerce ses facultés de renonciation par lettre recommandée avec accusé de réception adressée à notre siège social.

Elle peut être rédigée selon le modèle de lettre ci-dessous :

"Je, soussigné(civilité, nom, prénom), demeurant (adresse du souscripteur), déclare renoncer à mon adhésion au contrat SANTE CLASSIQUE n°.....(Inscrire le numéro figurant sur le Certificat d'Adhésion.) pour lequel j'ai versé €, en date du Fait à, le Signature de l'Adhérent"

A compter de la réception de la présente lettre, nous mettons fin au contrat et aucun prélèvement ne sera effectué.

10. RECLAMATIONS

10.1. DEFINITION DE LA RECLAMATION

Une réclamation est une déclaration, qu'elle qu'en soit sa forme, par laquelle l'assuré manifeste un mécontentement envers la Mutuelle sur un ou plusieurs sujets identifiés.

10.2. L'EXERCICE ET LE TRAITEMENT DE LA RECLAMATION

La réclamation peut se faire par écrit ou par oral dans un premier temps à l'interlocuteur habituel de l'assuré. Celui-ci dispose d'un délai de 10 jours maximum pour en accuser réception et une réponse définitive devra être apportée dans un délai maximum de 2 mois.

Si la réponse de l'interlocuteur habituel n'emporte pas la satisfaction de l'assuré, celui-ci dispose d'un recours interne en adressant sa demande et les pièces justificatives s'y rapportant à l'adresse :

MUTUELLE DE L'EST « LA BRESSE ASSURANCES »

Service Qualité

8 Avenue Louis Jourdan

01000 BOURG-EN-BRESSE

reclamationclientele@mutuelledelest.fr

Si la réponse apportée par cette instance de recours interne n'est pas de nature à répondre favorablement au mécontentement exprimé, l'assuré pourra saisir le Médiateur.

Votre Mutuelle a adhéré à la « Charte de Médiation de l'Assurance ».

L'assuré pourra contacter le Médiateur :

- Par courrier à l'adresse : La Médiation de l'Assurance/ TSA 50110/ 75441 PARIS CEDEX 09
- Par mail à l'adresse : le.mediateur@mediation-assurance.org
- Par formulaire disponible sur le site internet www.mediation-assurance.org

11. PROTECTION DES DONNEES A CARACTERE PERSONNEL

11.1. LA RESPONSABILITE DES TRAITEMENTS

Les données personnelles de l'assuré sont collectées et traitées par votre Mutuelle en sa qualité de responsable de traitement au sens de la Loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée par le décret 2019-536 du 30 mai 2019.

11.2 FINALITES ET BASES DES TRAITEMENTS

- **Gestion de l'adhésion** : Les données personnelles de l'assuré sont nécessaires à l'**Assureur** pour la mise en place de l'adhésion au contrat collectif et sont également recueillies pour permettre l'adhésion à l'association MUTUELLE ET SOLIDARITE. Les traitements correspondants sont effectués sur la base du contrat
- Par ailleurs, certaines données peuvent être collectées dans le cadre de la réglementation à laquelle l'**Assureur** est soumis et notamment la Lutte contre le Blanchiment et le Financement du Terrorisme. Les traitements correspondants sont effectués sur la base des lois et des règlements.
- **Exécution des prestations** : Les données personnelles de l'assuré sont également traitées pour l'exécution des prestations sur la base du contrat. Les données de santé qui peuvent être recueillies à cet effet sont couvertes par le secret médical.
- **Connaissance de l'assuré** : Certaines données pourront être collectées pour permettre à la Mutuelle de mieux cerner les attentes de l'assuré et lui apporter des propositions et / ou des services complémentaires. Lorsque la collecte et/ou le traitement de ces données s'envisage à des fins commerciales, le consentement exprès de l'assuré sera recueilli.
- **Lutte contre la fraude** : Afin de prémunir la collectivité des adhérents et des sociétaires de la Mutuelle, nous sommes susceptibles de traiter vos données dans le cadre de nos dispositifs de lutte contre la fraude, traitement fondé sur la base légale de notre intérêt légitime.

11.3 LA COMMUNICATION DES DONNEES PERSONNELLES

Les données personnelles de l'assuré sont prioritairement traitées par l'**Assureur**. Toutefois pour le besoin des traitements liés à la mise en place de l'adhésion ou l'exécution des prestations, ces données pourront également être transmises à différents organismes, tels que les réassureurs, courtiers partenaires, organismes sociaux,

professionnels de santé et autres sous-traitants et prestataires éventuels, sous réserve du contrôle de leur respect préalable des dispositions de la Loi Informatique et Libertés

11.4 LIEU DES TRAITEMENTS ET D'HEBERGEMENT DES DONNEES PERSONNELLES

Les données personnelles sont exclusivement traitées et hébergées en France et en tout état de cause sur le territoire de l'Union Européenne. Si pour une raison quelconque, cette situation venait à être modifiée, l'**Assureur** s'engage à vérifier au préalable des mécanismes de garantie du respect, par le prestataire concerné, des **prescriptions** du Règlement Européen UE N°2016-679 (BCR, adéquation etc...)

11.5 DUREE DE CONSERVATION DES DONNEES PERSONNELLES

Les données de prospection : dans la mesure où la proposition d'assurance n'aboutit pas à la régularisation d'une adhésion, les données personnelles seront conservées pour un maximum de 3 ans à compter du dernier contact avec le prospect, délai à l'issue duquel lesdites données seront détruites ou anonymisées.

Les données liées à la mise en place de l'adhésion et l'exécution des prestations : les données seront conservées tout au long de la vie de l'adhésion. A l'issue elles seront conservées pendant les délais de **prescription** applicables puis détruites ou anonymisées.

11.6 EXERCICE DES DROITS

L'assuré dispose des droits de rectification, d'accès, de portabilité de ses données, de donner ses instructions au responsable de traitement sur le sort de ses données après son décès et sous certaines conditions, d'un droit d'opposition, de limitation des traitements et d'effacement de ses données.

Ces droits peuvent être exercés en adressant une demande, accompagnée d'un justificatif d'identité à :

protectiondesdonnees@gamest.fr

L'assuré conserve la possibilité d'adresser directement une réclamation à la Commission Nationale Informatique et Libertés à l'adresse :

CNIL

3 place Fontenoy

TSA 80715

75334 PARIS CEDEX 07

ou sur son site internet www.cnil.fr

12. LUTTE CONTRE LA FRAUDE

Votre Mutuelle a mis en place un dispositif de détection et de lutte contre la fraude à l'assurance.

La fraude est définie par l'ALFA, Agence pour la Lutte contre la Fraude à l'Assurance, comme un « acte ou omission volontaire permettant de tirer un profit illégitime d'un contrat d'assurance ».

Ainsi, toute tentative de fraude ou fraude avérée de la part d'un assuré sera sanctionnée par la déchéance de la garantie et donnera lieu à des poursuites judiciaires notamment dans le cadre du recouvrement des éventuelles prestations indûment versées.

BON A SAVOIR

Votre Mutuelle est une entreprise d'assurances de droit français dont les activités sont contrôlées par l'**Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution** (A.C.P.R.) – 4, Place de Budapest 75436 PARIS, www.acpr.banque-france.fr

Votre Mutuelle est réassurée avec caution solidaire de ses engagements auprès de l'**Union du Groupe des Assurances Mutuelles de l'Est** (GAMEST) - 6, bd de l'Europe - BP 3169 - 68063 MULHOUSE Cedex.

Le GAMEST se substitue à votre Mutuelle réassurée pour la constitution des garanties prévues par la réglementation des entreprises d'assurances et l'exécution de ses engagements (articles R322-113 et R322-117-4 du Code des Assurances).

