Acheel Active

Frais de santé

CGNI_SANTE_ACHEEL_HR1_B1

Sommaire

Sommaire **1**
Article 1 - Préambule **3**
Article 2 - Objet de l'adhésion **3**
Article 3 - Conditions d'adhésion **3**
Article 4 - Modalités d'adhésion **4**
Article 5 - Prise d'effet et durée de l'adhésion **4**
Article 6 - Résiliation de l'adhésion **5**
1. Formes de la résiliation 5
1.1. Lorsque la résiliation vient de l'Adhérent 5
1.2. Lorsque la résiliation est du fait de l'assureur 5
2. Conséquences de la résiliation 5
3. Résiliation par l'adhérent 5
4. Résiliation par l'assureur 6
5. Résiliation par l'adhérent ou par l'assureur 6
6. Résiliation de plein droit 6
Article 7 - Déclarations **6**
1. À l'adhésion 6
2. En cours de contrat 7
Article 8 - Conditions des garanties **8**
Article 9 - Prise d'effet des garanties **8**
Article 10 - Etendue territoriale des garanties **8**
Article 11 - Objet, montant et contenu des garanties **9**
Article 12 - Préconisations sur l'application du 100% santé **10**
1. Optique 10
a. Généralités 10
b. Les délais de renouvellement 11
2. Dentaire 12
3. Aide auditive 12
Article 13 - Cadre juridique du contrat dit responsable **13**
Article 14 - Modifications des garanties **13**
1. À la demande de l'adhérent 13
2. À l'initiative de l'assureur 14
Article 15 - Ajout ou sortie des ayants droit **15**
1. À l'échéance principale 15
2. Hors échéance principale 15
Ajout d'un ayant droit 15
Sortie d'un ayant droit 15
3. Ajustement sur la cotisation 16
Article 16 - Exclusions **16**
Article 17 - Adaptation de l'adhésion par suite de modifications du régime de base de la Sécurité sociale **17**
Article 18 - Prestations **17**
1. Remboursement des prestations 17
2. Télétransmission 18
3. Cumul d'organismes assureurs 18

4. Tiers payant 18
5. Pièces nécessaires au paiement des prestations 19
Article 19 - Contrôle, procédure d'expertise et arbitrage 21
1. Contrôle des dépenses 21
2. Procédure d'expertise 21
3. Arbitrage 21
Article 20 - Cotisations 22
1. Montant de la cotisation 22
2. Variation de la cotisation 22
3. Révision de la cotisation 22
4. Modalités de paiement de la cotisation 23
5. Défaut de paiement 23
6. Loi Madelin 23
Article 21 - Subrogation 24
Article 22 - Prescription 24
Article 23 - Examens des réclamations et procédure de médiation 25
Article 24 - Informatique et libertés 26
1. Identification du responsable de traitement 26
2. Les finalités de ce traitement 26
3. Clause spécifique relative à la fraude 27
4. Les destinataires ou les catégories de destinataires 27
5. Localisation de traitements des données personnelles 27
6. Les durées de conservation 28
7. L'exercice des droits 28
8. Coordonnées du délégué à la protection des données personnelles 28
9. Droit d'introduire une réclamation 29
10. Clauses spécifique relative aux obligations réglementaires 29
11. Profilage et prise de décision automatisée 29
12. Prospection 29
Article 25 - Autorité de contrôle 30
Article 26 - Opposition au démarchage téléphonique 30
Article 27 - Droit de renonciation 30
1. Si le contrat est vendu à distance : 30
2. Si le contrat est vendu à distance : 31
Article 28 - Taux de redistribution et de frais de gestion 32
Article 29 - Fausse déclaration 33
Article 30 - Déchéance 33
Article 31 - Juridiction compétente 34

Article 1 - Préambule

Le contrat d'assurance frais de santé ACHEEL ACTIVE est un contrat collectif d'assurance à adhésion facultative individuelle, régi par les articles L 141-1 et suivants du Code des assurances et la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989. Ce contrat est dénommé ci-après le contrat groupe.

Il se compose des documents suivants :

- la présente Notice d'information à laquelle est adjointe celle relatives à la garantie ASSISTANCE SANTÉ ainsi que l'IPID, qui définissent les garanties, les engagements réciproques ainsi que les dispositions relatives à la vie du contrat,
- les Conditions Particulières, valant certificat d'Adhésion, qui retracent les éléments personnels de l'Adhérent, ses déclarations et les garanties qu'il a souscrites,
- le tableau des garanties, qui détaille l'ensemble des postes de remboursement et leurs montants.

L'ensemble de ces documents constitue de façon indissociable le contrat groupe auquel les parties s'engagent ; elles ne pourront 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.

Le souscripteur est l'**Association DES ASSURÉS D'ACHEEL**, ci-après dénommée l'« ASSOCIATION », régie par la loi du 1er juillet 1901, dont le siège est situé 229 rue Saint Honoré, 75001 Paris, pourvue de la qualité d'association souscriptrice de contrats collectifs d'assurance auprès de ACHEEL SA, au profit de ses Adhérents.

Le distributeur est **ACHEEL FRANCE** - 128 rue la Boétie – 75008 Paris – SASU au capital de 100 000 euros – RCS Paris 895 323 525 – Intermédiaire en assurances – Immatriculé à l'Orias sous le N° 21003575 (www.orias.fr).

L'assureur des garanties Santé est **ACHEEL** - Société Anonyme au capital de 46 812,48 euros - Entreprise régie par le Code des assurances – RCS Paris n°879605350 – Siège Social : 128 rue La Boétie - 75008 Paris – ci-après dénommée l'« Assureur".

L'organisme assureur délègue la gestion des garanties au gestionnaire **CGRM**, 377 rue du Luxembourg - ZAE du pont Loby - 59640 DUNKERQUE CEDEX 1, immatriculée au RCS de DUNKERQUE sous le numéro FR 333 327 13 361 et inscrit à l'Orias sous le numéro 07 000 503, ci- après dénommé le « Gestionnaire ».

Article 2 - Objet de l'adhésion

L'adhésion au contrat a pour objet le versement de prestations complémentaires à celles du Régime Obligatoire pour les frais de santé engagés par les assurés et/ou le(s) ayant(s) droit désigné(s) à l'occasion d'un accident, d'une maladie ou d'une maternité

Les remboursements sont en fonction des garanties choisies et indiquées aux Conditions Particulières valant Certificat d'Adhésion. Ils ne peuvent en aucun cas être supérieurs aux dépenses réelles.

Article 3 - Conditions d'adhésion

L'admission à la présente assurance en qualité d'assuré est **réservée aux personnes physiques respectant les conditions cumulatives suivantes** :

- être adhérentes à l'Association des Assurés d'ACHEEL,
- relever du Régime Obligatoire français,

- résider en France métropolitaine, y compris Corse, hors Monaco et hors DROM COM,
- **être âgé à la signature de la demande d'adhésion de 18 à 90 ans**.

Article 4 - Modalités d'adhésion

Le demandeur à l'assurance après avoir reçu et pris connaissance de la Notice d'information, de l'IPID (Document Information Produit) et du tableau de garantie, remplira avec soin un parcours d'adhésion. Il devra désigner ses éventuels ayants droit, parmi :

- **Son conjoint,**
  - personne avec laquelle il est marié, non divorcé et non séparé de corps judiciairement,
  - son concubin,
  - son partenaire de PACS.
- **Les enfants,**
  - âgés de moins de 18 ans, reconnus à sa charge ou à celle de son conjoint au sens du régime obligatoire auquel relève l'adhérent ou son conjoint,
  - âgés de 18 à 28 ans inclus,
  - sans limite d'âge si l'enfant bénéficie des allocations pour personnes handicapées prévues par la loi n°2005-12 du 11 février 2005.
- **Les ascendants, descendants ou collatéraux**, à condition qu'ils soient reconnus à charge par le régime obligatoire de l'adhérent ou celui de son conjoint.

Le demandeur devra également indiquer ses souhaits de niveau de garanties afin d'être orienté vers la formule qui lui soit la plus appropriée.

L'offre choisie, identique pour ses ayants droit, est indiquée aux Conditions particulières valant certificat d'adhésion.

Aucune formalité médicale n'est exigée en cas d'adhésion au contrat, quel que soit le niveau de garanties choisi. Toute adhésion au contrat nécessite au préalable d'adhérer à l'Association des Assurés d'ACHEEL dont la cotisation annuelle en vigueur sera prélevée selon la même périodicité que celle choisie pour le paiement de la cotisation d'assurance. À ce titre, l'adhérent recevra une copie des statuts de l'association.

Article 5 - Prise d'effet et durée de l'adhésion

L'adhésion est réputée conclue au jour de la signature par l'adhérent des Conditions Particulières. Le contrat prend effet à compter du jour indiqué à ces Conditions Particulières valant certificat d'adhésion pour une période initiale de 12 mois.

La date d'effet de l'adhésion est celle figurant aux Conditions Particulières, sous réserve d'acceptation du dossier et du paiement de la cotisation par l'Adhérent.

L'adhésion se renouvelle ensuite par tacite reconduction à chaque échéance nouvelle de contrat, sauf en cas de résiliation dans les conditions des articles 6, 14 et 20 de la présente notice d'information. Néanmoins, les garanties d'assurance ont, sous réserve du paiement intégral des cotisations, et sous l'expresse condition qu'une réglementation impérative l'impose, un caractère viager dès l'adhésion.

Sous réserve qu'ils aient été déclarés dans les délais prévus à l'organisme assureur, les garanties prennent effet pour les ayants droit :

- à la même date que les garanties de l'Adhérent,
- à la date à laquelle ils répondent aux conditions d'ayants droit,

- au jour où est intervenu le changement de situation familiale conformément aux articles 7-2 et 20-2 de la présente notice,
- à défaut, à la date de l'accord de l'organisme assureur.

Article 6 - Résiliation de l'adhésion

L'adhésion peut être résiliée dans les circonstances et les délais précisés ci-dessous.

1. Formes de la résiliation

1.1. Lorsque la résiliation vient de l'Adhérent

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

- en ligne, depuis son espace client accessible sur le site : http://www.acheel.com;
- par courrier à l'adresse électronique suivante : contact@acheel.com.

1.2. Lorsque la résiliation est du fait de l'assureur

Lorsque la résiliation est du fait de l'assureur, elle doit se faire par lettre recommandée envoyée au dernier domicile connu de l'adhérent ou par lettre recommandée électronique envoyée à l'adresse mail de l'adhérent.

2. Conséquences de la résiliation

La garantie reste acquise pour tous les soins et traitements en cours jusqu'à la date de prise d'effet de la résiliation.

La résiliation de l'adhésion met fin aux garanties pour l'ensemble des assurés (adhérent et ayants droit) à la date d'effet de la résiliation.

3. Résiliation par l'adhérent

L'Adhérent peut résilier son adhésion à la première échéance annuelle selon les modalités précisées ci-dessus, **au plus tard deux mois avant cette échéance prévue aux Conditions particulières valant certificat d'adhésion**. La résiliation prend effet au jour de l'échéance principale à 0 heure.

L'adhérent peut ensuite résilier son adhésion à tout moment après l'expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription du contrat. La résiliation prend effet un mois après que l'assureur en a reçu notification par l'Adhérent (L113-15-2 du Code des Assurances)

En cas de diminution du risque, si l'assureur ne consent pas à réduire le montant de la cotisation en conséquence (article L113-4 du Code des assurances), l'adhérent peut résilier le contrat. La résiliation prend alors effet trente (30) jours après la notification à l'assureur. L'état de santé ne peut pas être pris en compte dans l'appréciation.

En cas d'adhésion à une mutuelle obligatoire d'entreprise, l'Adhérent peut résilier son adhésion en envoyant une notification à l'assureur, accompagnée de l'attestation d'adhésion à la mutuelle obligatoire. **La résiliation prend effet à compter de la date d'adhésion à la mutuelle obligatoire ou, au plus tard, dans le mois qui suit la réception de la notification.**

4. Résiliation par l'assureur

L'assureur peut résilier l'adhésion :

- En cas de non-paiement des cotisations (article L113-3 du Code des assurances, et dont le détail est repris à l'article 20 de la présente notice), à défaut de paiement d'une prime, ou d'une fraction de prime, dans les dix (10) jours de son échéance, la garantie pourra être suspendue trente (30) jours après la mise en demeure de l'Adhérent. L'assureur dispose de la faculté de résilier le contrat dix (10) jours après l'expiration de ce délai de trente (30) jours.
- 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 dix (10) jours après envoi de la lettre de résiliation.

5. Résiliation par l'adhérent ou par l'assureur

L'adhérent ou l'assureur peuvent résilier l'adhésion en cas de changement de domicile en France métropolitaine, de situation matrimoniale, de profession, de départ à la retraite ou 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). La demande doit être effectuée dans les trois mois qui suivent la date de l'événement pour l'adhérent et dans les 3 mois qui suivent l'envoi par l'adhérent d'une lettre d'information pour l'assureur.
La résiliation prend effet un (1) mois après la notification de la lettre recommandée.

6. 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 la France métropolitaine. La résiliation prend effet le 1er jour qui suit la cessation d'affiliation au régime obligatoire d'assurance maladie.
- à la date d'effet de résiliation du contrat collectif d'assurance à adhésion facultative individuelle souscrit entre l'Association Souscriptrice et l'Assureur.
- lorsque l'Adhérent perd sa qualité de membre de l'Association.

Article 7 - Déclarations

Les déclarations, tant à l'adhésion qu'en cours de contrat, 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 du contrat et l'adhérent doit fournir des réponses exactes.

1. À l'adhésion

L'adhérent doit répondre avec précision aux questions et demandes de renseignements figurant au formulaire d'adhésion.

2. En cours de contrat

L'adhérent doit déclarer, pour toute personne couverte par le contrat, tout événement modifiant les déclarations faites lors de l'adhésion et qui aurait pour effet de les rendre inexactes 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.
- un changement de domicile ou un départ hors de France métropolitaine pour une durée supérieure à TROIS (3) mois,

Les déclarations en cours de contrat doivent être faites :

- en ligne, depuis son espace client accessible sur le site : http://www.acheel.com;
- par courrier à l'adresse électronique suivante : contact@acheel.com.

Informations

Ces événements doivent être signalés dans un délai de quinze (15) jours 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.

Important

Toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle de la part de l'Adhérent, quand cette réticence ou fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour l'assureur, entraîne pour l'Adhérent et ses ayants-droits la nullité de son contrat d'assurance au titre de l'article L. 113-8 du Code des assurances.
Les primes payées demeurent alors acquises à l'assureur, qui a droit au paiement de toutes les primes échues à titre de dommages et intérêts.

Toute omission ou déclaration inexacte de la part de l'Adhérent dont la mauvaise foi n'est pas établie n'entraîne par la nullité du contrat d'assurance.
Conformément à l'article L. 113-9 du Code des assurances, si cette omission ou déclaration inexacte et non intentionnelle est constatée avant tout sinistre, l'assureur a le droit soit de maintenir le contrat, moyennant une augmentation de prime acceptée par l'assuré, soit de résilier le contrat dix (10) jours après notification à l'assuré. Dans le cas où la constatation n'a lieu qu'après un sinistre, l'indemnité d'assurance est réduite en proportion du taux des primes payées par rapport au taux des primes qui auraient été dues, si les risques avaient été complètement et exactement déclarés.

Article 8 - Conditions des garanties

Informations

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

Seules sont garanties les dépenses de santé engagées entre les dates d'effet et de résiliation de l'adhésion.

En outre, pour les soins et les prothèses dentaires, les dates de proposition et d'exécution des travaux doivent être également situées dans la période de garantie.

Article 9 - Prise d'effet des garanties

Les garanties de l'adhésion sont acquises immédiatement, sans délai d'attente, à compter de la date d'effet mentionnée aux Conditions Particulières **sous réserve de l'encaissement effectif de la première prime, à l'exception de celui d'UN mois pour la seule hospitalisation visant uniquement les remboursements qui excèdent le ticket modérateur - hors accident**.

L'Assuré bénéficie quoi qu'il en soit de tous les minimas légaux liés au cahier des charges "Contrats responsables" et "100% Santé" dans cet intervalle de temps.

Article 10 - Etendue territoriale des garanties

Informations

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

Le versement des frais médicaux, chirurgicaux ou d'hospitalisation s'exerce au titre de l'adhésion en France métropolitaine, à partir du moment où le Régime obligatoire français intervient sur la base du tarif de convention, de même qu'en cas de séjour en dehors de France métropolitaine de moins de TROIS (3) mois.

Le règlement des prestations est effectué, par virement bancaire, en Euros et auprès d'un établissement bancaire situé dans l'Espace Unique de paiement en euros (ou SEPA).

Article 11 - Objet, montant et contenu des garanties

Le produit **ACHEEL ACTIVE** comprend plusieurs offres qui peuvent être proposées en fonction du besoin de l'adhérent.

Chaque offre possède **quatre niveaux de couverture**, dont le descriptif détaillé de l'ensemble des postes est récapitulé dans le tableau de garanties inséré en annexe du présent document.

Les montants de remboursements s'entendent :

- Après déduction du remboursement du Régime Obligatoire lorsqu'il intervient,
- Dans la limite du niveau de remboursement indiqué dans le tableau de garantie, en fonction des formules et des niveaux de garanties choisis et indiqués aux conditions particulières.

Selon les garanties, les montants de remboursements sont exprimés :

- Soit, en inclusion du tarif en vigueur fixé par le Régime Obligatoire (Base de remboursement de la Sécurité Sociale),
- Soit, 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 conventionné,
- Soit en Frais réels (FR),
- Soit par un forfait exprimé en euros. Ces montants représentent des plafonds de garantie qui incluent la prise en charge du ticket modérateur. Sur la majorité des postes, les plafonds sont exprimés par année d'adhésion et par bénéficiaire. Ils se renouvellent chaque année à la date d'échéance de l'adhésion et ne sont pas cumulables d'une année sur l'autre. Si ce plafond est atteint, seuls les actes remboursés par le Régime Obligatoire seront pris en charge à 100 % du tarif de responsabilité.

Seuls les équipements "optique" s'apprécient sur une période de deux ans et les équipements "aides auditives" s'apprécient sur une période de quatre ans.

Le tarif en vigueur auquel se réfère l'Assureur pour le calcul des prestations est celui à la date des soins.

Important

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.

Article 12 - Préconisations sur l'application du 100% santé

1. Optique

a. Généralités

L'équipement optique est composé de deux verres et d'une monture.

Deux classes d'équipement optique sont ainsi définies :

- **L'équipement optique de « classe A »** est sans reste à charge pour l'assuré : cet équipement est remboursé aux frais réels dans la limite des prix limites de vente qui s'imposent aux opticiens pour l'application du « 100% santé ».
- **L'équipement optique de « classe B »** : cet équipement est remboursé dans le respect des planchers et plafonds prévus dans le cadre du contrat responsable et dans les limites des garanties mentionnées dans le tableau de garanties.

Les éléments de ces équipements peuvent être mixés comme suit :

- **soit deux verres de « classe A » et une monture de « classe B »,**
- **soit deux verres de « classe B » et une monture de « classe A ».**

Si le tableau de garanties mentionne un forfait unique, le remboursement de l'élément de « classe B » se fera **dans la limite du plafond de « classe B »** correspondant à la correction visuelle du bénéficiaire de l'équipement, déduction faite du remboursement de l'élément de « classe A ».

Si le tableau de garanties mentionne **un forfait dédié** à chaque composante de l'équipement (verres ou monture), alors la prise en charge s'effectue **dans la limite de ces forfaits pour chaque composante**. Les verres neutres (c'est-à-dire sans correction dont la dioptrie égale à 0) sont exclus hors condition d'appairage.

Les verres simples, complexes ou très complexes sont ainsi définis :

Informations

VERRES SIMPLES
Verre unifocal sphérique dont la sphère est comprise entre – 6,00 et + 6,00 dioptries, Verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre – 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries, Verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries.

VERRES COMPLEXES
Verre unifocal sphérique dont la sphère est hors zone de – 6,00 à + 6,00 dioptries, Verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre – 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries, Verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est inférieure à – 6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie, Verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 dioptries, Verre multifocal ou progressif sphérique dont la sphère est

comprise entre – 4,00 et + 4,00 dioptries, Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre – 8,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries, Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries.

VERRES TRÈS COMPLEXES
Verre multifocal ou progressif sphérique dont la sphère est hors zone de – 4,00 à + 4,00 dioptries, Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre – 8,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries, Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est inférieure à – 8,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie,* Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8,00 dioptries.

*Sphère supérieure à une dioptrie de I-8DI soit -9D

b. Les délais de renouvellement

La périodicité de renouvellement de l'équipement est appréciée à compter de la date de facturation du précédent équipement, ayant fait l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie obligatoire ou par l'organisme assureur.

Bénéficiaires concernés	Bénéficiaires de 16 ans et plus	Bénéficiaires de moins de 16 ans
Périodicité de renouvellement de droit commun	2 ans suivant la dernière facturation	1 an suivant la dernière facturation 6 mois pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage

Renouvellement anticipé en cas d'évolution de la vue		
Périodicité de renouvellement dérogatoire	1 an pour le renouvellement de la prise en charge d'un équipement complet (2 verres + la monture)	Renouvellement de la prise en charge possible sans délai pour l'acquisition de verres.
Cas d'application de la périodicité dérogatoire	- variation de la sphère ou du cylindre d'au moins 0,5 dioptrie d'un verre ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des deux verres ; - variation d'au moins 0,5 dioptrie de l'addition (pour un verre) ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des deux verres, en cas de presbytie et en l'absence de variation de la vision de loin ; - somme des variations (en valeur absolue) de loin et de près d'au moins 0,5 dioptrie (pour un verre), en cas de presbytie et en présence de variation de la vision de loin ; - variation de l'axe du cylindre de plus de 20° pour un cylindre (+) inférieur ou égal à 1,00 dioptrie ; - variation de l'axe du cylindre de plus de 10° pour un cylindre (+) de 1,25 à 4,00 dioptries ; - variation de l'axe du cylindre de plus de 5° pour un cylindre (+) > 4,00 dioptries.	

Constatation de l'évolution de la vue	Soit présentation à l'opticien d'une nouvelle prescription médicale et comparaison avec l'ancienne, soit adaptation de la prescription médicale par l'opticien-lunetier lors d'un renouvellement de délivrance.	Sur présentation à l'opticien d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique.

Renouvellement anticipé en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières

Périodicité de renouvellement dérogatoire	Aucun délai de renouvellement des verres.
Cas d'application de la périodicité dérogatoire	Cf. liste des pathologies concernées dans l'arrêté du 3 décembre 2018 parue au JO du 13/12/2018.
Constatation de l'évolution de la vue	Présentation à l'opticien d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique avec mention de l'existence d'une situation médicale particulière.

2. Dentaire

Trois paniers de soins prothétiques sont ainsi définis :

- Un panier « 100% santé » (les soins prothétiques dentaires concernés sont définis dans l'arrêté du 24 mai 2019) remboursé aux frais réels sans pouvoir excéder les honoraires limites de facturation qui s'imposent aux dentistes,
- Un panier aux tarifs maîtrisés / modérés, remboursé sans pouvoir excéder les honoraires limites de facturation et les garanties prévues dans le tableau de garanties,
- Un panier aux tarifs libres, permettant de choisir librement les techniques et les matériaux les plus sophistiqués, remboursé dans la limite des garanties prévues dans le tableau de garanties.

3. Aide auditive

Deux classes d'équipement auditif sont ainsi définies :

L'équipement auditif de **« classe I »** sans reste à charge : **cet équipement est remboursé aux frais réels sans pouvoir excéder les prix limites de vente qui s'imposent aux audioprothésistes pour l'application du 100% santé**.

L'équipement auditif de **« classe II »** : cet équipement auditif est remboursé dans les conditions fixées dans le tableau de garanties, qui respectent le plafond de 1 700 euros prévu dans le cadre du contrat responsable. **Ce plafond n'inclut pas les prestations annexes à l'aide auditive telles que le ticket modérateur des consommables, des piles ou des accessoires**. En revanche, ce plafond inclut systématiquement la prise en charge du ticket modérateur ainsi que la part prise en charge par l'assurance maladie obligatoire.

La prise en charge d'une aide auditive par oreille **est limitée à une aide auditive tous les quatre (4) ans** suivant la date de facturation de l'aide auditive, ayant fait l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie obligatoire ou par l'organisme assureur, depuis le 1er janvier 2017. Le délai court indépendamment pour chaque équipement de chaque oreille.

4. Location de fauteuils roulants de courte durée

La location de fauteuils roulants est prise en charge dans le cadre du dispositif « 100 % santé » dans les conditions et limites prévues dans le cahier des charges du contrat responsable.
La durée maximale de prise en charge est fixée à trois (3) mois, renouvelable une (1) fois.

5. Prothèses capillaires de classe II

Les prothèses capillaires de classe II se caractérisent par la présence d'au moins 30 % de cheveux naturels, ou de cheveux synthétiques dont au moins 100 cm² sont implantés exclusivement à la main.

Cet équipement est remboursé aux frais réels sans pouvoir excéder les prix limites de vente qui s'imposent aux Professionnels pour l'application du 100% santé. La prise en charge inclut également le remboursement d'un accessoire textile.

La prise en charge des prothèses capillaires est subordonnée à la présentation d'une prescription médicale et à l'acquisition du dispositif auprès d'un professionnel ou d'un site internet dûment agréé.

Le renouvellement est possible douze (12) mois après la précédente prise en charge.

Article 13 - Cadre juridique du contrat dit responsable

Cette adhésion s'inscrit dans le cadre du dispositif législatif relatif aux contrats d'assurance complémentaire santé dits « contrats responsables » (article 57 de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 et différents décrets et arrêtés, modifiés par le décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 visant à garantir un accès sans reste à charge à certains équipements d'optique, aides auditives et soins prothétiques dentaire).

Afin que le présent produit soit qualifié de « responsable », celui-ci ne prend pas en charge les conséquences financières de la baisse du taux de remboursement liées au non-respect du parcours de soins ainsi que les franchises médicales laissées à la charge de l'adhérent pour les frais relatifs à certaines prestations et produits de santé pris en charge par l'assurance maladie.

Conformément au cahier des charges du contrat responsable, et notamment l';article R. 871-2 du Code de la sécurité sociale, le ticket modérateur pour les actes de prévention qui relèvent d'un des postes de frais listé à l'article R. 160-5 du Code de la sécurité sociale est pris en charge (cf. Tableau de garanties).

Informations

En cas d'évolution de la réglementation régissant les «contrats responsables », les garanties de la présente adhésion feront l'objet de modifications pour rester en conformité avec ce cadre juridique. Le tarif pourra également être revu, à la hausse comme à la baisse, en fonction des modifications apportées sur les garanties.

Article 14 - Modifications des garanties

1. À la demande de l'adhérent

En cours de vie de l'adhésion, l'adhérent peut demander la modification de son niveau de garantie, à la hausse ou à la baisse, **au plus tard TROIS mois avant la date d'échéance de l'adhésion**, en écrivant à l'adresse suivante :

- en ligne, depuis son espace client accessible sur le site : http://www.acheel.com;
- par courrier à l'adresse électronique suivante : contact@acheel.com.

La modification doit intervenir suivant la date d'effet de l'adhésion ou la date d'effet d'un avenant.

Informations

À la première échéance principale, l'adhérent a la faculté de modifier uniquement à la hausse ses choix de garanties, ce choix devant nécessairement être maintenu jusqu'à la prochaine échéance de l'adhésion.

Au-delà de la première échéance principale, l'adhérent a la faculté de modifier uniquement à la baisse ses choix de garanties, ce choix devant nécessairement être maintenu jusqu'à la prochaine échéance de l'adhésion.

L'Adhérent émet son souhait via son espace client et est invité à régulariser une proposition d'avenant matérialisant son nouveau niveau de garantie, le montant de sa cotisation ainsi que la date d'effet de cette modification. Après acceptation par l'Adhérent, sous réserve, le cas échéant, du paiement effectif des cotisations correspondantes, la modification des garanties prendra effet à la date mentionnée sur l'avenant correspondant.

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

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 et d'acceptation par ACHEEL France, 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).

2. À l'initiative de l'assureur

En cas d'évolution législative, règlementaire et/ou de l'intervention du régime de la Sécurité sociale, le contrat peut être modifié en cours d'année. Les nouvelles conditions de garanties et/ou de cotisations prennent alors effet à la date d'effet mentionnée sur la notification de la modification.

Jusqu'à la date d'effet de cette notification, les dispositions antérieures continuent à s'appliquer sauf si les nouvelles dispositions sont d'ordre public et donc d'application immédiate.

De même, si les résultats du contrat le nécessitent, l'organisme assureur propose un aménagement des garanties et/ou une révision des cotisations.

L'organisme assureur adresse alors une notification au souscripteur au moins deux mois avant la date d'échéance annuelle de l'adhésion. Les nouvelles conditions sont applicables au titre de la nouvelle échéance.

En cas de modification des garanties et/ou de révision des cotisations telle que mentionnée aux alinéas précédents, le souscripteur peut toujours refuser la proposition de l'organisme assureur dans les trente (30) jours qui suivent la réception dudit courrier en envoyant sa demande de résiliation par l'un des moyens exposés à l'article 6 « Résiliation du contrat ». Le contrat est alors résilié dans les dix (10) jours suivants.

En cas d'absence de réponse dans les trente (30) jours de la notification, l'organisme assureur considérera que le souscripteur a accepté les nouvelles conditions. Elles prendront effet à la date de modification mentionnée sur le courrier.

Jusqu'à la date d'effet de la modification du contrat, les dispositions antérieures continuent à s'appliquer au contrat.

Article 15 - Ajout ou sortie des ayants droit

1. À l'échéance principale

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** l'échéance principale de l'adhésion.

2. Hors échéance principale

Ajout d'un ayant droit

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

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

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

- À la date de naissance du nouveau-né,
- À la date de jugement d'un enfant adopté,
- À la date de l'union avec son conjoint.

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

Sortie d'un ayant droit

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 du contrat prendra effet, sous réserve de la production des pièces justifiant de la date de l'événement et de la fin des conditions permettant d'être désigné comme ayant droit :

- En cas de décès, au lendemain du décès,

- À la date de réception de la déclaration pour les autres cas (séparation ou divorce, cessation ou changement d'affiliation au Régime Obligatoire)

Informations

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, les garanties cesseraient de plein droit et sans formalité pour celui-ci.

3. Ajustement sur la cotisation

Suite à la demande d'ajout ou de sortie d'un ayant droit, l'adhérent recevra une notification ayant valeur d'avenant. Sans retour de sa part dans le mois qui suit la réception de cette notification, la modification des ayants droit prendra effet à la date d'effet de l'avenant.

En cas d'ajout ou de sortie d'ayant droit, la cotisation sera ajustée en conséquence à compter de la date d'effet de l'avenant constatant cette modification. La différence de cotisation sera mentionnée dans l'avenant. **S'il s'agit d'un supplément à acquitter, celui-ci devra être réglé à l'Assureur conformément aux dispositions de l'article 20. S'il s'agit d'un montant en faveur de l'Adhérent, celle-ci lui sera réglée sous réserve de l'absence d'arriéré de prime à compenser.**

Article 16 - Exclusions

Important

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

Les garanties ne s'exercent pas en cas :

- de guerre civile ou étrangère, d'émeutes et mouvement populaires
- de désintégration du noyau atomique ou de radiations ionisantes,
- de traitements ou interventions chirurgicales dans un but de rajeunissement ou esthétique, sauf les actes remboursés par le Régime Obligatoire qui seront pris en charge à 100% du tarif de responsabilité, de cures d'amaigrissement, de sommeil, de désintoxication de séjours en institut médico-pédagogique et établissements similaires,
- d'une aggravation due à l'inobservation intentionnelle par l'Assuré des prescriptions du médecin.

Même si votre Régime Obligatoire est intervenu, ne donnent pas lieu à prestation pour les hospitalisations, actes chirurgicaux, soins et prothèses dentaires, actes de kinésithérapie :

- les conséquences de l'éthylisme aigu ou chronique de la personne assurée, l'usage de stupéfiants ou de tranquillisants non prescrits médicalement,
- les frais de séjour climatique à la campagne, à la mer, à la montagne et en colonie sanitaire (sauf en Sanatorium ou en Préventorium),
- les cures d'amaigrissement, de rajeunissement, de désintoxication et de thalassothérapie,
- les traitements à visée esthétique, à l'exception de ceux consécutifs à un accident garanti,
- les traitements psychanalytiques,
- les interventions chirurgicales à visée reconstructrice, esthétique ou plastique à l'exception de celles consécutives à un accident garanti, les interventions comportant une réduction de la masse graisseuse, ainsi que les interventions pour rhinoplastie et septoplastie nasale. Restent néanmoins garanties les rhinoplasties justifiées par un traumatisme nasal survenu pendant la période de garantie,
- les interventions chirurgicales pour hypertrophie ou hypotrophie mammaires, ainsi que les interventions comportant une lipectomie, une liposuccion, une lipoaspiration, une liposculpture, une plastie abdominale,
- les traitements, hospitalisations et interventions chirurgicales pour les troubles de l'identité sexuelle,
- les séjours en centres, services ou établissements dits de longs séjours, de gérontologie, de gériatrie,
- les séjours psychopédagogiques, pédagogiques, à visée diététique ou de rééducation alimentaire,
- les différentes étapes de la Procréation Médicalement Assistée (PMA),
- maisons d'accueil spécialisé (MAS),
- établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EPHAD).

Article 17 - Adaptation de l'adhésion par suite de modifications 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 obligatoire d'assurance maladie en vigueur lors de sa prise d'effet. 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 du contrat, 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.

Article 18 - Prestations

1. Remboursement des prestations

Les dépenses de prestations sont remboursées en fonction des formules et du niveau de garanties auquel l'Adhérent a adhéré, qui figurent au certificat d'adhésion valant Conditions Particulières. Elles ne peuvent en aucun cas être supérieures aux dépenses réelles.

Les demandes de remboursement de prestations sont à adresser :

- en ligne, depuis son espace client accessible sur le site : http://www.acheel.com.

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 par le régime obligatoire d'assurance maladie, sauf dispositions contraires figurant au tableau des garanties.

Les prestations sont réglées dans les SOIXANTE-DOUZE (72) heures entre la réception du dossier complet et l'expédition du titre de paiement, sauf cas fortuit ou de force majeure.

Les prestations sont réglées en Euros et auprès d'un Établissement bancaire situé dans l'Espace Unique de paiement en euros (ou SEPA).

Les décomptes sont disponibles en ligne dans l'espace personnel des Assurés.

2. 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 ligne, depuis son espace client accessible sur le site : http://www.acheel.com.

L'Adhérent bénéficiant de la télétransmission de ses décomptes de remboursements pourra envoyer ses justificatifs complémentaires, avant même le remboursement de la Sécurité sociale. En cas de rejet de la télétransmission, l'assuré sera amené à transmettre l'original de son décompte. Seuls les décomptes pour lesquels un remboursement n'a pas été traité automatiquement devront être envoyés.

3. Cumul d'organismes assureurs

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 et de la dépense engagée. Dans cette limite, le bénéficiaire peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix.

Les remboursements ou les indemnisations 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'adhérent 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.

4. 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 le régime d'assurance maladie, l'assuré 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.

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 Viamedis ou sur simple demande en ligne, depuis son espace client accessible sur le site : http://www.acheel.com.

Informations

En cas de suspension ou de résiliation du contrat, l'adhérent s'engage à restituer immédiatement la carte de Tiers payant. Il s'engage également à rembourser à l'Assureur les prestations indûment réglées aux praticiens postérieurement à cette suspension ou cette résiliation.

5. Pièces nécessaires au paiement des prestations

Pour obtenir le règlement de ses prestations dès lors que les frais n'ont pas été réglés directement au professionnel de santé, l'adhérent doit envoyer :

- en ligne, depuis son espace client accessible sur le site : http://www.acheel.com;
- par courrier à l'adresse électronique suivante : contact@acheel.com

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.

La liste des pièces justificatives à fournir est la suivante :

- Les décomptes originaux des remboursements du Régime Obligatoire justifiant les prestations qui ont été servies (dans les départements dans lesquels un accord a été passé avec les organismes de Régimes Obligatoires une telle formalité ne sera pas nécessaire),
- Les notes d'honoraires et factures détaillées justifiant des frais réellement engagés, notamment pour le transport hospitalier,
- Les factures d'hospitalisation si celle-ci n'a pas donné lieu à 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,
- La facture détaillée des frais engagés pour les prothèses dentaires,
- 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 ou indiquant les frais de lentilles. En cas d'évolution de la vue, il sera demandé une nouvelle prescription médicale portant une correction différente de la précédente ou bien 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 les lentilles non remboursées par le Régime Obligatoire, joindre également une ordonnance de moins de deux ans.
- Pour les cures thermales, la facture détaillée des frais engagés, ainsi que le décompte du remboursement du Régime Obligatoire,
- Les factures originales pour tous les actes et frais non remboursés par le Régime Obligatoire mais dont les garanties sont couvertes par ce contrat,
- La facture détaillée du praticien diplômé d'Etat pour une consultation de médecine naturelle/douce,

- Lorsque l'Adhérent ou ses ayants droit bénéficient d'une autre couverture complémentaire, les originaux des 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 la filiation avec l'Adhérent,
- En cas d'adoption, une copie du jugement d'adoption, établissant la filiation 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.

Informations

Seuls les décomptes originaux ou sur support durable tiennent lieu de justificatifs.
Si les renseignements fournis sont insuffisants pour le règlement des prestations, l'Assureur pourra demander de fournir des justificatifs complémentaires.
En tout état de cause, tout justificatif produit plus de 2 ans après la date de soin ne pourra pas faire l'objet de remboursement.

Important

Toute fausse déclaration sur la date, la nature, les causes, les circonstances et les conséquences d'un événement à l'origine de la demande de règlement entraîne la déchéance de tout droit à garantie. Il en est de même en cas de faux documents, faux renseignements ou de l'absence de production de pièces.

L'Assureur se réserve le droit de procéder à tout contrôle des informations transmises lors de la gestion des prestations. Les prestations déjà réglées pour un événement en cause doivent être remboursées à l'assureur, sans préjudice d'une possible demande de dommages et intérêts en justice.

Article 19 - Contrôle, procédure d'expertise et arbitrage

1. Contrôle des dépenses

Le médecin-conseil peut demander à l'adhérent tout renseignement ou document complémentaire qu'il juge utile 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 et leur montant.

Important

Sous 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 du présent contrat, la prise en charge des frais dont le remboursement est demandé ou le montant de sa prise en charge.

Important

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'assuré, l'Assureur pourra, de convention expresse, s'opposer à la mise en jeu de la garantie.

2. Procédure d'expertise

Les médecins et délégués missionnés par l'Assureur auront le droit de venir constater 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.

3. Arbitrage

En cas de persistance d'un désaccord 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.

A défaut d'accord entre les médecins sur le nom du tiers expert, la désignation est effectuée par le Président du Tribunal de Grande Instance du domicile de l'assuré. Cette nomination est faite sur simple requête signée des

deux parties ou d'une seule, 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.

Article 20 - Cotisations

1. Montant de la cotisation

La cotisation est fixée aux Conditions particulières valant 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, la composition familiale et la zone géographique. Elle ne dépend pas de l'état de santé des assurés.
La cotisation totale due par l'adhérent correspond au cumul des cotisations de chaque assuré.

2. Variation de la cotisation

La cotisation évolue en fonction de l'âge atteint de l'adhérent et de ses ayants droit à l'échéance de l'adhésion.

En cours de contrat, la cotisation peut varier en cas de :

- modification de la législation sociale et/ou fiscale,
- changement de garanties,
- ajout ou sortie d'ayant droit,
- changement ou modification du régime d'assurance maladie,
- changement de domicile entraînant un changement de zone tarifaire.

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.

3. Révision de la cotisation

L'Assureur peut être amenée 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 ont lieu chaque année à la date d'échéance du contrat. Le nouveau montant de cotisation sera communiqué à l'avis d'échéance annuelle.

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 notification. L'adhérent ne pourra exiger comme moyen de preuve de cette information l'envoi d'un courrier recommandé. L'adhérent pourra refuser cette modification en résiliant le contrat dans le mois qui suit la réception du courrier.

4. Modalités de paiement de la cotisation

La cotisation est payable d'avance, selon le fractionnement choisi à l'adhésion par l'adhérent : périodicité annuelle ou mensuelle. **Le paiement et l'encaissement de cotisations inexactes ou partielles ne sauraient valoir délivrance ou maintien des garanties.**

Le prélèvement automatique est obligatoire pour les paiements mensuels. Le premier paiement étant effectué par CB, les prélèvements suivants s'effectuent pour chaque mois de quittance à la date prévue aux Conditions particulières valant certificat d'adhésion et **au plus tard, le 5 du mois**.

En cas de rejet de prélèvement bancaire, les frais de représentation et les frais financiers sont mis à la charge de l'adhérent.

5. Défaut de paiement

Informations

Si l'adhérent ne paie pas la cotisation dans les dix (10) jours de son échéance, l'assureur peut – indépendamment de son droit de poursuite en justice – adresser à l'adhérent une lettre recommandée valant mise en demeure. Conformément à l'article L.113-3 du Code des Assurances, les garanties seront suspendues TRENTE (30) jours après l'envoi de cette mise en demeure.

La suspension de garanties entraîne, pour chaque assuré, la perte de tout droit aux garanties prévues par la présente adhésion pour des événements survenus pendant la période de suspension. En cas de paiement de l'intégralité de la cotisation restant due dans les dix jours suivant la suspension des garanties, celles-ci seront remises en vigueur le lendemain midi du jour du paiement. À défaut, l'adhésion sera automatiquement résiliée dix jours après l'expiration du délai de trente jours précité. Dans ce cas, la portion de cotisation relative à la période postérieure à la date d'effet de la résiliation sera acquise à titre de dommages et intérêts et l'assureur pourra en poursuivre le recouvrement. S'y ajouteront les frais de recouvrement et les intérêts de retard qui seront à la charge de l'adhérent.

6. Loi Madelin

Les cotisations de l'adhésion sont éligibles à la loi N°94-126 du 11 février 1994 dite « loi Madelin » au bénéfice des Travailleurs Non Salariés. Toutefois, pour bénéficier des avantages de la loi, l'adhérent doit, chaque année, fournir une attestation de paiement de ses cotisations au Régime Obligatoire de retraite et de prévoyance.

Article 21 - Subrogation

Informations

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.

L'Adhérent ou l'ayant droit atteint d'une blessure imputable à un tiers doit en informer l'organisme assureur lors de sa demande de prestation.

Article 22 - Prescription

Conformément au code des assurances

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

- En cas de réticence, omission, déclaration fausse 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'Adhérent 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'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'adhérent 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'Adhérent.

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'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
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.
Conformément au Code civil (Section 3 : Des causes d'interruption de la prescription) :

Conformément au Code civil (Section 3 : Des causes d'interruption de la prescription) :

Article 2240
La reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription.

Article 2241
La demande en justice, même en référé, interrompt le délai de prescription ainsi que le délai de forclusion. Il en est de même lorsqu'elle est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure.

Article 2242
L'interruption résultant de la demande en justice produit ses effets jusqu'à l'extinction de l'instance.

Article 2243
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 2244
Le délai de prescription ou le délai de forclusion est également interrompu par une mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée.

Article 2245
L'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription contre tous les autres, même contre leurs héritiers. En revanche, l'interpellation faite à l'un des héritiers d'un débiteur solidaire ou la reconnaissance de cet héritier n'interrompt pas le délai de prescription à l'égard des autres cohéritiers, même en cas de créance hypothécaire, si l'obligation est divisible. Cette interpellation ou cette reconnaissance n'interrompt le délai de prescription, à l'égard des autres codébiteurs, que pour la part dont cet héritier est tenu. Pour interrompre le délai de prescription pour le tout, à l'égard des autres codébiteurs, il faut l'interpellation faite à tous les héritiers du débiteur décédé ou la reconnaissance de tous ces héritiers.

Article 2246
L'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance interrompt le délai de prescription contre la caution.

Article 23 - Examens des réclamations et procédure de médiation

Si vous avez besoin de la moindre information sur la procédure de réclamation, nous vous invitons à consulter également notre article dans la FAQ disponible sur le site www.acheel.com

Pour toute réclamation relative à la gestion de votre souscription, de vos cotisations, de vos prestations, ou encore relative à la gestion d'un sinistre, vous devez vous adresser prioritairement à votre interlocuteur habituel.

Si votre demande ne trouve pas satisfaction, vous pouvez alors adresser cette réclamation au service spécifique suivant : reclamation@acheel.com

Dans tous les cas et quel que soit l'interlocuteur, nous nous engageons à accuser réception de votre réclamation dans un délai de 10 jours à compter de son envoi et à traiter votre réclamation dans un délai maximum de deux (2) mois à compter de son envoi.

Si le désaccord persiste ou si vous n'avez pas de réponse de notre part, vous pouvez saisir le Médiateur de l'Assurance, dans un délai de deux (2) mois à compter de l'envoi de votre première réclamation écrite.

En cas de réponse définitive de notre part à votre première réclamation écrite, vous pouvez faire appel sans délai et immédiatement au Médiateur de l'Assurance, indépendamment du délai de deux (2) mois. Vous avez la possibilité de saisir le Médiateur de l'assurance en écrivant à :

M. le Médiateur de l'Assurance
TSA 50110
75441 Paris Cedex 09

Article 24 - Informatique et libertés

1. Identification du responsable de traitement

Cette clause a pour objet d'informer l'Adhérent de manière plus détaillée des traitements de données à caractère personnel le concernant 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 ACHEEL en tant qu'Assureur à l'exception des opérations suivantes dont le responsable de traitement concernant les moyens techniques et essentiels est ACHEEL FRANCE, en tant que Délégataire :

- Souscription des contrats,
- Gestion de la vie du contrat ;
- Encaissement et recouvrement des primes;
- Gestion et règlement des sinistres
- Gestion des réclamations dites de niveau 1 ;
- Archivage des pièces de gestion et documents comptables.

2. Les finalités de ce traitement

Les données ont pour finalité de satisfaire à la demande de l'Adhérent et de permettre la réalisation de mesures précontractuelles, d'actes de souscription, de gestion et d'exécution ultérieure du contrat y compris de profilage. A 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 comme explicité ci-dessous pour des besoins de prospection commerciale y compris de profilage sous réserve de son consentement ou de son droit d'opposition, ainsi que pour permettre la lutte contre la fraude à l'assurance.

ACHEEL s'engage à ne pas exploiter les données personnelles de l'Adhérent et des bénéficiaires pour d'autres finalités que celles précitées.

Sont notamment nécessaires à la passation, la gestion et à l'exécution du contrat d'assurance, les données à caractère personnel suivantes : des données d'identification, des données relatives à sa situation familiale, économique, patrimoniale et financière, professionnelle, à sa vie personnelle, à sa santé, à l'appréciation du risque, à la gestion du contrat, etc. De plus, en sa qualité d'organisme d'assurance, ACHEEL utilise le NIR (dénommé couramment « numéro de Sécurité sociale ») de l'Adhérent et des bénéficiaires pour la passation, la gestion et l'exécution des contrats d'assurance et la mise en œuvre des échanges ou traitements intéressant plusieurs acteurs de la protection sociale.

Par ailleurs, certaines données peuvent émaner d'organismes sociaux de base ou complémentaires, d'organismes professionnels contribuant à la gestion des contrats d'assurance et de toute autorité administrative habilitée.

Les informations collectées seront conservées dans des bases de données sécurisées pour toute la durée nécessaire à l'exécution du contrat d'assurance en référence aux délais de prescriptions légales et sous réserve des obligations légales et réglementaires.

3. 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 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 services de ACHEEL. 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).

4. Les destinataires ou les catégories de destinataires

Les données concernant l'Adhérent pourront être communiquées en tant que de besoin et au regard des finalités mentionnées ci-dessus, aux entités d'ACHEEL, 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.

5. Localisation de traitements des données personnelles

ACHEEL a adopté des normes internes en matière de protection des données et de sécurité informatique afin de garantir la protection et la sécurité des données de l'Adhérent.

Aujourd'hui, les data centers d'ACHEEL sont localisés en France et en Allemagne, sur lesquels sont hébergées ses données.
Si des données à caractère personnel de l'Adhérent et des bénéficiaires venaient à être traitées chez un tiers situé dans un pays hors de l'Union européenne et ne présentant pas un niveau de protection des données personnelles reconnu adéquat par la Commission européenne, ACHEEL s'assurera que le tiers s'est engagé par contrat, via les clauses contractuelles types de la Commission européenne, au respect de la réglementation européenne en matière de protection des données à caractère personnel.

S'agissant des traitements réalisés 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 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 traitements d'ACHEEL FRANCE afférents aux opérations de gestion sont également susceptibles d'être réalisés hors EEE.

6. Les durées de conservation

Les durées de conservation des données à caractère personnel traitées dans le cadre de la gestion des contrats d'assurance et de la relation clients avec l'Adhérent et les bénéficiaires varient en fonction des finalités susvisées et sont conformes aux recommandations de la CNIL. En tout état de cause, le calcul de ces durées est réalisé en fonction des finalités pour lesquelles les données sont collectées, de la durée de la relation contractuelle, des obligations légales d'ACHEEL et des prescriptions légales applicables.

7. L'exercice des droits

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

- D'un droit d'accès : Il dispose du droit de prendre connaissance des données personnelles le concernant dont nous disposons et demander à ce que l'on lui en communique l'intégralité.
- D'un droit de rectification : Il peut demander à corriger ses données personnelles notamment en cas de changement de situation.
- D'un droit de suppression : Il peut nous demander la suppression de ses données personnelles notamment lorsque ces dernières ne sont plus nécessaires ou lorsqu'il retire son 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 ses données personnelles en cas de décès.
- D'un droit à la limitation du traitement : Il peut nous demander de limiter le traitement de ses données personnelles ;
- D'un droit à la portabilité des données : Il peut récupérer dans un format structuré les données qu'il nous a fournies lorsque ces dernières sont nécessaires au contrat ou lorsqu'il a consenti à l'utilisation de ces données.
  Ces données peuvent être transmises directement au responsable du traitement du choix de l'Adhérent lorsque cela est techniquement possible.
- Droit de retrait : Il a le 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 du contrat 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, dès 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 : Il peut s'opposer au traitement de ses données personnelles notamment concernant la prospection commerciale

8. Coordonnées du délégué à la protection des données personnelles

L'Adhérent peut exercer ces droits sur simple demande :

- par mail à l'adresse électronique suivante : dpo@acheel.com

9. Droit d'introduire une réclamation

Par ailleurs, l'Adhérent peut introduire une réclamation auprès de la :

Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
3 Place de de Fontenoy
TSA 80715-75334
PARIS CEDEX 07

10. Clauses spécifique relative aux obligations réglementaires

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.

Dans ce cadre, l'Adhérent peut exercer son droit d'accès auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés, 3 Place de Fontenoy – TSA 80715 – 75334 PARIS CEDEX 07

L'Adhérent et les bénéficiaires disposent également du droit de s'inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique gérée par la société Opposetel. Pour plus d'informations : www.bloctel.gouv.

11. Profilage et prise de décision automatisée

Dans le cadre de la souscription et l'exécution du contrat, les risques à assurer peuvent, à partir d'informations le concernant ou concernant ses biens, être appréciés et quantifiés suivant des traitements automatisés ou faire intervenir des éléments de profilage le concernant.

De tels traitements peuvent avoir un impact sur la tarification ou l'ajustement des garanties.

L'Adhérent dispose du droit d'obtenir une intervention humaine de la part du responsable du traitement, d'exprimer son point de vue et de contester la décision. L'Adhérent peut exercer ces droits à l'adresse mentionnée pour l'exercice de ses droits.

12. Prospection

Dans le cadre d'opérations de prospection et afin de lui permettre de bénéficier d'une couverture d'assurance aussi complète que possible et de bénéficier de produits ou services contribuant à ses besoins de protection en matière d'assurance, certaines données le concernant ou concernant les risques à assurer, peuvent ou pourront entraîner des décisions automatisées ou fondées sur le profilage, consistant notamment à lui adresser certaines offres commerciales.

L'Adhérent dispose d'un droit d'opposition à recevoir des offres commerciales ainsi que du droit de s'opposer au profilage de ses données lié à la prospection qu'il peut exercer à l'adresse ci-dessus.

Article 25 - 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.

Article 26 - 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 : https://www.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 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.

Article 27 - Droit de renonciation

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

1. 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 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 de son contrat, soit à compter du jour où 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 quatorze (14) jours, la cotisation doit avoir été réglée au plus tard lors de la déclaration du sinistre.

La demande de renonciation doit être adressée par courrier à l'adresse électronique suivante : contact@acheel.com.

Objet : Renonciation au contrat d'assurance
Nom, prénom :
Adresse :

Madame, Monsieur,

Conformément à l'article L112-2-1 du Code des assurances, je renonce expressément à la souscription du contrat d'assurance [n° du contrat/référence] que j'ai souscrit exclusivement à distance le [date de souscription]. La date de renonciation correspond à la date de réception de cet email.

Je reconnais être informé :

- qu'en cas de prise d'effet de mon contrat d'assurance, à ma demande, dans le délai de 14 jours suivant sa souscription, le remboursement de la période non courue s'effectuera au prorata temporis, les frais de gestion et la taxe attentat restent acquis à l'assureur.
- que l'attestation d'assurance remise lors de la souscription n'est plus valable et qu'elle ne peut plus être utilisée.

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

2. Si le contrat est vendu à distance :

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 L 112-9 du Code des assurances - l'adhérent peut renoncer au présent contrat.

La demande de renonciation doit être adressée par courrier à l'adresse électronique suivante : contact@acheel.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 la présente lettre.

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

Fait le _____ à _____

Signature de l'Adhérent

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. Toutefois, **si des prestations ont été versées, l'adhérent devra les restituer intégralement, préalablement à la restitution des cotisations**.

Article 28 - Taux de redistribution et de frais de gestion

En application de l'arrêté du 6 mai 2020 précisant les modalités de communication liées aux frais de gestion, ACHEEL communique à l'Adhérent le détail des taux relatifs à ses contrats frais de santé au titre de l'année 2025.

- Le taux de redistribution s'élève à 60%:
  Ce ratio entre le montant des prestations versées pour le remboursement et l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et le montant des cotisations ou primes afférentes à ces garanties représente la part des cotisations ou primes collectées, hors taxes, par l'organisme assureur au titre de l'ensemble des garanties couvrant le remboursement ou l'indemnisation des frais précités, qui est utilisée pour le versement des prestations correspondant à ces garanties.

- Le montant total des frais de gestion, exprimé en pourcentage des cotisations hors taxes, s'élève à 38%:
  Ce ratio entre le montant total des frais de gestion au titre du remboursement et de l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et le montant des cotisations ou primes afférentes à ces garanties représente la part des cotisations ou primes collectées, hors taxes, par

l'organisme assureur au titre de l'ensemble des garanties couvrant le remboursement ou l'indemnisation des frais précités, qui est utilisée pour le financement des frais de gestion.

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

Article 29 - Fausse déclaration

Important

Toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle de la part de l'Adhérent, quand cette réticence ou fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour l'assureur, entraîne pour l'Adhérent et ses ayants-droits la nullité de son contrat d'assurance au titre de l'article L. 113-8 du Code des assurances.
Les primes payées demeurent alors acquises à l'assureur, qui a droit au paiement de toutes les primes échues à titre de dommages et intérêts.

Toute omission ou déclaration inexacte de la part de l'Adhérent dont la mauvaise foi n'est pas établie n'entraîne par la nullité du contrat d'assurance.
Conformément à l'article L. 113-9 du Code des assurances, si cette omission ou déclaration inexacte et non intentionnelle est constatée avant tout sinistre, l'assureur a le droit soit de maintenir le contrat, moyennant une augmentation de prime acceptée par l'assuré, soit de résilier le contrat dix (10) jours après notification à l'assuré.
Dans le cas où la constatation n'a lieu qu'après un sinistre, l'indemnité d'assurance est réduite en proportion du taux des primes payées par rapport au taux des primes qui auraient été dues, si les risques avaient été complètement et exactement déclarés.

Article 30 - Déchéance

Important

Toute fausse déclaration sur la date, la nature, les causes, les circonstances et les conséquences d'un événement à l'origine de la demande de règlement entraîne la déchéance de tout droit à garantie. Il en est de même en cas de faux documents, faux renseignements ou de l'absence de production de pièces.
L'Assureur se réserve le droit de procéder à tout contrôle des informations transmises lors de la gestion des prestations. Les prestations déjà réglées pour un événement en cause doivent être remboursées à l'assureur, sans préjudice d'une possible demande de dommages et intérêts en justice.

Article 31 - Juridiction compétente

A défaut de règlement amiable, toute difficulté entre les parties liées à l'exécution ou à l'interprétation du contrat sera portée devant le tribunal français compétent.

Assurance Santé

Convention d'assistance Formule B

922 741

Besoin d'assistance ?

Contactez-nous :

- depuis la France métropolitaine au 01 40 25 57 98
- depuis l'étranger 00 33 (1) 40 25 57 98
- choix 1 : Assistance à Domicile
- choix 2 : Téléconsultation médicale

- Accès sourds et malentendants : https://accessibilite.votreassistance.fr

Accessibles 24h/24 et 7j/7, sauf mention contraire dans la convention.

Veuillez nous indiquer :

- Le nom et le numéro du contrat souscrit
- Les nom et prénom du Bénéficiaire
- L'adresse exacte du Bénéficiaire
- Le numéro de téléphone auquel le Bénéficiaire peut être joint

Les prestations de la présente convention d'assistance distribuée par ACHEEL France sont assurées par :

FRAGONARD ASSURANCES

SA au capital de 37 207 660 €
479 065 351 RCS Paris
Siège social : 7 rue Dora Maar - 93400 Saint-Ouen
Entreprise régie par le Code des assurances

Et mises en œuvre par :

AWP FRANCE SAS

SAS au capital de 7 584 076,86 €
490 381 753 RCS Bobigny
Siège social : 7, rue Dora Maar – 93400 Saint-Ouen
Société de courtage d'assurances - Inscription ORIAS 07 026 669 - http://www.orias.fr/

Ci-après désignée sous le nom commercial « Mondial Assistance »

1. Éléments Garantis

La Formule "B"

permet de renforcer le niveau de garantie des offres d'assurance Santé ACHEEL, en augmentant le niveau de prise en charge des prestations décrite à l'article 4 "PRESTATIONS".

- Les prestations décrites à l'article 4.1 « INFORMATIONS – CONSEILS – SERVICES A LA PERSONNE » et à l'article 4.6 « PROGRAMME DE PRÉVENTION peuvent être délivrées à tout moment pendant les heures d'ouverture du service d'information.
- La prestation décrite à l'article 4.2 « TÉLÉCONSULTATION MÉDICALE » est délivrée lorsque :
  - le Bénéficiaire se trouvant dans une situation aiguë non vitale a besoin d'un avis médical
  - et qu'il ne peut joindre ou consulter, dans un délai compatible avec son état de santé, son médecin traitant.
- Les prestations décrites à l'article 4.3 « ASSISTANCE EN CAS D'HOSPITALISATION OU D'IMMOBILISATION À DOMICILE » sont délivrées en cas :
  - d'Hospitalisation du Bénéficiaire
    et/ou
  - d'Immobilisation à Domicile du Bénéficiaire, précédée ou non d'une Hospitalisation.

Si le Bénéficiaire est un Enfant, des prestations complémentaires peuvent être délivrées.

- Les prestations décrites à l'article 4.4 « ASSISTANCE EN CAS D'AFFECTION DE LONGUE DURÉE (ALD) » sont délivrées en cas d'Affection de longue durée.
- Les prestations décrites à l'article 4.5 « ASSISTANCE POUR LES AIDANTS » sont délivrées en cas d'entrée en dépendance d'un Membre de la famille.

Dans le cadre de la formule B, les enveloppes de services prévues aux articles 4.3 « ASSISTANCE EN CAS D'HOSPITALISATION OU D'IMMOBILISATION À DOMICILE », 4.4 « ASSISTANCE EN CAS D'AFFECTIONS DE LONGUE DURÉE (ALD) » et 4.5 « ASSISTANCE POUR LES AIDANTS » sont cumulables entre elles.

2. Validité de la convention

Validité territoriale

Les prestations de la présente convention sont acquises uniquement en France.

Durée de validité

Les prestations sont accordées exclusivement pour les événements survenus pendant la durée de validité de l'adhésion à l'offre d'assurance Santé collective ACHEEL, et de l'accord liant **ACHEEL France** et **Fragonard Assurances** pour la délivrance de ces prestations.

3. Définitions contractuelles

Dans la présente Convention d'assistance « 922741-2 » (ci-après la « Convention »), les termes et expressions qui commencent par une lettre majuscule auront la signification suivante :

ACCIDENT
Toute atteinte corporelle provenant d'une cause imprévisible, extérieure et indépendante de la volonté du Bénéficiaire.

AFFECTION DE LONGUE DURÉE (ALD)
Maladie reconnue comme Affection de longue durée par l'Assurance Maladie et prise en charge à 100% par l'Assurance Maladie.

AIDANT
Bénéficiaire assuré majeur qui apporte une aide à titre non professionnel, de manière permanente ou non, à un Membre de la famille dépendant.

BÉNÉFICIAIRE / VOUS
Le terme « Vous » ou « Bénéficiaire » se réfère indifféremment :

- à la personne physique assurée par le contrat d'assurance ACHEEL (le « Bénéficiaire assuré»),
- à son Conjoint,
- et/ou à ses enfants.

CONJOINT
Conjoint, partenaire de PACS ou concubin notoire du Bénéficiaire assuré et vivant habituellement sous son toit.

DOMICILE
Lieu de résidence principale situé en France et dont l'adresse figure sur le dernier avis d'imposition sur le revenu.

ENFANTS
Enfants, petits-enfants, fiscalement à charge du Bénéficiaire assuré ou de son Conjoint, vivant habituellement sous son toit.

FRANCE
France métropolitaine, où se situe le Domicile.

GRILLE AUTONOMIE, GÉRONTOLOGIE GROUPE ISO RESSOURCES (AGGIR)
Grille nationale permettant d'évaluer le degré de dépendance physique et/ou psychique du Bénéficiaire dans l'accomplissement de ses actes essentiels et quotidiens à travers une série de questions. En fonction de son degré de perte d'autonomie le Bénéficiaire est classé dans l'un des six groupes Iso Ressources (GIR).

HÉBERGEMENT
Frais d'hôtel (petit déjeuner compris), **à l'exclusion de tout autre frais de restauration, de boisson et de pourboires.**

HOSPITALISATION
Tout séjour prévu ou imprévu, dans un établissement de soins privé ou public.
Sont exclus :

- **les hospitalisations dans les centres de réadaptation fonctionnelle, maisons de convalescence ;**
- **les hospitalisations chirurgicales à but esthétique, sauf chirurgie réparatrice prise en charge par la Sécurité sociale ;**
- **les traitements de chimiothérapie orale à Domicile, sauf protocole de soins particulier et après évaluation par les médecins de Mondial Assistance.**

Une durée d'Hospitalisation minimum peut être prévue pour la délivrance de certaines prestations.

IMMOBILISATION
Toute incapacité physique à se déplacer ou à effectuer les tâches domestiques habituelles, consécutive à un Accident ou à une Maladie, survenant inopinément, constatée par un médecin et nécessitant le repos prescrit par un médecin. **Une durée d'Immobilisation minimum peut être prévue pour la délivrance de certaines prestations.**

MALADIE
Altération de la santé provoquant des troubles diagnostiqués par tout moyen d'investigation médicale.

MEMBRE DE LA FAMILLE
Conjoint de droit ou de fait, ascendant au premier degré, descendant au premier degré, frère, sœur, oncle, tante, nièce, neveu, beau-frère, belle-sœur, gendre, belle-fille, beau-père, belle-mère, tuteur légal, du Bénéficiaire ou la personne placée sous la tutelle du Bénéficiaire.

MEMBRE DE LA FAMILLE DÉPENDANT
Membre de la famille fiscalement à charge du Bénéficiaire, dépendant et vivant sous le toit du Bénéficiaire assuré. La dépendance se caractérise par des restrictions dans la réalisation des activités de la vie quotidienne et sociale, causées notamment par des troubles du comportement et/ou des atteintes physiques. La dépendance suppose une perte d'autonomie définitive, qui peut être partielle ou totale.

PRESTATAIRE
Prestataire de services professionnel référencé par Mondial Assistance.

PROCHE
Toute personne physique, Membre de la famille ou non, résidant en France et désignée par le Bénéficiaire.

TÉLÉCONSULTATION MÉDICALE
Acte de télémédecine. Il s'agit d'une consultation à distance, entre un médecin et un patient, qui peut être accompagné ou non par un autre professionnel de santé (ex : médecin, infirmier, pharmacien...). Elle est réalisée par l'intermédiaire des technologies de l'information et de la communication.

TRANSPORT
Tout déplacement non médicalisé s'effectuant par :

- train en 2nde classe sauf mention contraire,
- avion en classe économique,
- véhicule de location,
- taxi (pour toute distance inférieure à 50 km)

4. Prestations

Mondial Assistance se réserve le droit, préalablement à toute intervention, de vérifier la qualité de Bénéficiaire du demandeur ainsi que la matérialité de l'événement ouvrant droit aux prestations.

4.1. Informations – Conseils – Services à la personne

Sur simple appel téléphonique, Mondial Assistance Vous communique des informations et Vous conseille dans les domaines ci-après :

Prestations	Prise en charge	Conditions et limites
Conseil santé	Sur simple appel téléphonique du lundi au samedi, hors jours fériés, de 8h00 à 20h00 (fuseau horaire de France métropolitaine)	Utilisable à tout moment pendant les heures d'ouverture du service.
Conseil social		
Services à la personne		

Conseil santé

Un médecin de Mondial Assistance répond aux questions du Bénéficiaire relatives à sa santé, à sa maladie, à son Hospitalisation, à la prescription faite par son médecin traitant ou à son suivi.

Le Bénéficiaire peut également obtenir des informations sur des questions d'ordre général relatives à la santé telles que les établissements de soins, les questions générales sur la santé, les facteurs de risques, les questions de médecine générale, les questions relatives aux médicaments, les informations préventives, les informations sur les médecines alternatives, les centres de prise en charge de la douleur.

Mondial Assistance s'interdit toute consultation, diagnostic ou prescription médicale.
En conséquence, ce service ne peut en aucun cas remplacer une consultation médicale personnalisée auprès d'un médecin.
Ce service ne peut se substituer aux organismes locaux de secours d'urgence. En cas d'urgence, le Bénéficiaire prend contact en priorité avec les services locaux de secours d'urgence (numéros d'urgence : 15, 112, 18).

Les informations médicales échangées avec les médecins restent strictement confidentielles et sont soumises au respect de la législation sociale et au secret médical.

Conseil social

L'équipe médico-sociale de Mondial Assistance analyse votre situation médico-sociale et socio-économique, évalue vos besoins et Vous fournit des informations sur la législation et la réglementation sociale ainsi que sur les moyens de financement des différentes aides (transport, hébergement, aide à domicile, etc.) dans les domaines suivants : maternité, prestations familiales, accueil du jeune enfant, emploi, chômage, maladie, accident, handicap, invalidité, retraite.

Services à la personne

Mondial Assistance peut :

- Vous fournir toute l'information utile sur les services à la personne, tels que définis par la loi N° 2005-841 du 26 juillet 2005 (« Loi Borloo »),
- Vous mettre en relation avec un Prestataire de son réseau de services à la personne entrant dans le cadre de la Loi Borloo (assistance administrative, bricolage, soutien scolaire, etc.) et hors cadre de la Loi Borloo (esthéticienne, coiffure à Domicile, pédicure, manucure, massages (hors soins thérapeutiques).

Les Prestataires délivrant des prestations de services à la personne dans le cadre des activités définies comme telles par la Loi Borloo sont agréés, afin que Vous puissiez profiter d'avantages fiscaux.

Les coûts des devis et des prestations utilisées sont à votre charge.
Pour toute mise en place de prestation, le Prestataire dispose d'un délai minimum de 72 (soixante-douze) heures pour prendre contact avec Vous.

Les informations fournies par Mondial Assistance exclusivement par téléphone sont des renseignements à caractère informatif. La responsabilité de Mondial Assistance ne pourra être recherchée dans le cas d'une utilisation ou interprétation erronée des renseignements communiqués.

4.2. Téléconsultation médicale

Sur simple appel téléphonique ou via le site internet https://www.mondial-assistance-teleconsultation.fr/, Mondial Assistance met en œuvre la prestation ci-après :

Prestations	Prise en charge	Conditions et limites
- Consultation médicale par téléphone ou en ligne via https://www.mondial-assistance-teleconsultation.fr - Identification d'un établissement de soins proche de l'endroit où se trouve le Bénéficiaire - Transmission au Bénéficiaire d'une prescription médicamenteuse écrite, selon l'appréciation du médecin et si la législation locale l'autorise	Dans la limite de 10 Téléconsultations maximum par période annuelle de garantie et par Bénéficiaire	Utilisable à tout moment pendant les heures d'ouverture du service.

Important

La Téléconsultation ne peut en aucun cas remplacer une prise en charge médicale globale et personnalisée auprès du médecin traitant et de manière générale de tout médecin désigné par le Bénéficiaire.

La Téléconsultation ne peut se substituer aux organismes de secours d'urgence. En cas

d'urgence, le Bénéficiaire prend contact en priorité avec les services de secours d'urgence (numéros d'urgence : 15, 112, 18).

Les informations médicales échangées avec les médecins restent strictement confidentielles et sont soumises au secret médical, aucune donnée n'étant transmise à Mondial Assistance, sous réserve de données statistiques exclusives de toute identification directe ou indirecte des Bénéficiaires.

La responsabilité du Service Assistance de Mondial Assistance ne pourra en aucun cas être recherchée dans le cas d'une mauvaise utilisation ou interprétation inexacte du ou des renseignements, conseils, consultations et de manière générale dans le cadre de la Téléconsultation mise en œuvre auprès du Bénéficiaire.

Le Service Assistance de Mondial Assistance ne saurait être tenu responsable des interruptions de service et/ou dommages résultant :

- de défaillances ou interruptions des réseaux téléphoniques et/ou informatiques ;
- de modifications de la situation du Bénéficiaire et notamment de son état de santé qui ne lui auraient pas été signifiées lors de la Téléconsultation ;
- d'un cas de force majeure ou du fait d'un tiers.

Lorsqu'un représentant légal appelle pour son enfant mineur, il lui sera demandé une copie du livret de famille prouvant le lien de parenté ou tout autre document prouvant sa qualité.

Téléconsultation médicale

Il s'agit d'un service de télémédecine.
Le Bénéficiaire peut, sous conditions d'authentification forte et d'acceptation des Conditions Générales d'Utilisation, de la Notice d'information-consentement et de la Déclaration de confidentialité, bénéficier d'une Téléconsultation en contactant le Service Téléconsultation de Mondial Assistance.

La Téléconsultation, réalisée par un médecin du Service Téléconsultation de Mondial Assistance inscrit au Conseil de l'Ordre des Médecins, s'effectue à distance, via une plateforme téléphonique ou en audioconférence ou en visioconférence, 24h/24 et 7j/7.

A l'issue de la Téléconsultation, le médecin du Service Téléconsultation de Mondial Assistance pourra, dans le respect du parcours de soins et de la législation en vigueur (notamment la réglementation relative au secret médical) :

- identifier pour le Bénéficiaire un établissement de soins adapté à sa situation notamment lorsqu'un examen clinique est nécessaire pour établir le diagnostic ;
- transmettre au Bénéficiaire une prescription écrite médicamenteuse, selon l'appréciation du médecin.

A l'issue de de la Téléconsultation et avec l'autorisation du Bénéficiaire, un compte-rendu de consultation pourra être adressé à son médecin traitant.

4.3. Assistance en cas d'hospitalisation ou d'immobilisation à domicile

4.3.1. Avant l'hospitalisation

En cas d'Hospitalisation, et en complément des moyens mis à votre disposition pour contacter Mondial Assistance, Vous pouvez accéder à notre site Hospizen à l'adresse suivante : https://www.hospizen.fr/Acheel/

Prestations	Prise en charge	Conditions et limites
Hospizen	Illimité	Accès au site web https://www.hospizen.fr/Acheel/ pendant 1 an. Renouvelable pour chaque période annuelle de garantie.

Le site Hospizen Vous permet, préalablement à une Hospitalisation, de consulter en ligne des informations relatives à la préparation pratique de votre Hospitalisation et de votre retour au Domicile.

De plus, Vous pouvez également via ce site présélectionner, préalablement ou postérieurement à votre Hospitalisation, les prestations d'assistance dont Vous souhaitez bénéficier à votre retour au Domicile. Mondial Assistance Vous contactera pour finaliser l'organisation des prestations d'assistance dont les conditions et limites de mise en œuvre sont prévues à l'article 4.7 « DESCRIPTION DES SERVICES ET AIDES À DOMICILE ».

4.3.2. Durant ou après l'hospitalisation avec nuitée ou pendant l'immobilisation

Sur simple appel téléphonique, suite à votre Hospitalisation ou l'Immobilisation à Domicile, Mondial Assistance met en œuvre les prestations ci-après :

Prestations	Prise en charge	Conditions et limites
Évaluation des besoins et recommandations (prestation décrite à l'article 4.7)	Illimité	L'enveloppe de services doit être activée au plus tard 15 jours après la sortie ou le début de l'Immobilisation à Domicile. **La prise en charge de l'enveloppe de services est limitée à 1 fois par période annuelle de garantie.** **Dans le cadre de la formule B : cumulable avec les prestations prévues aux l'articles 4.4 « Assistance en cas d'Affection Longue Durée (ALD) » et 4.5 « Assistance pour les aidants ».**
Enveloppe de services et d'aide à Domicile (prestation décrite à l'article 4.7)	**300 € TTC au total si :** • Hospitalisation au moins égale à **1 nuitée** • Immobilisation de plus de **5 jours**.	

Téléassistance ponctuelle à Domicile	Coût du service pris en charge pour une durée de **6 mois**	
Accompagnement psychologique	Prise en charge de **3 entretiens** par téléphone et/ou remboursement de **12 séances** maximum de consultation en cabinet (**80 € TTC maximum par consultation**)	**Prestation limitée à 1 seul Bénéficiaire.**

Téléassistance ponctuelle à Domicile

Le dispositif de téléassistance au Domicile composé d'un appareil de télécommunication automatique et d'un service d'écoute permet au Bénéficiaire, en cas de besoin, de lancer une alerte de n'importe quel endroit du Domicile et d'être immédiatement pris en charge par un Prestataire spécialisé qui mobilisera les moyens adaptés pour lui venir en aide.
La mise en place du dispositif de téléassistance nécessite la collecte d'informations à caractère personnel et l'installation du matériel d'interphonie.

Accompagnement psychologique en cas d'événement traumatisant

Une première évaluation par un psychologue clinicien est effectuée par téléphone au cours de **3 entretiens maximum**. Si la situation nécessite une prise en charge thérapeutique, le psychologue oriente le Bénéficiaire vers des consultations en face à face avec un psychologue proche de son Domicile ou de son lieu de travail.
Le service est accessible du lundi au vendredi **hors jours fériés**, de 9h00 à 18h00 (fuseau horaire de France métropolitaine).

4.3.3. Après l'hospitalisation ambulatoire

Sur simple appel téléphonique, suite à l'Hospitalisation ambulatoire du Bénéficiaire, Mondial Assistance met en œuvre les prestations ci-après :

Prestations	Prise en charge	Conditions et limites
Enveloppe de services et d'aide à Domicile (prestation décrite à l'article 4.7)	**150 € TTC au total**	L'enveloppe de services doit être activée au plus tard **3 jours** après l'Hospitalisation ambulatoire. **La prise en charge de l'enveloppe de services est limitée à 1 fois par période annuelle de garantie.**

4.4. Assistance en cas d'affection de longue durée (ALD)

Lorsque Vous êtes atteint d'une Affection de longue durée, Mondial Assistance met en œuvre les prestations ci-après :

Prestations	Prise en charge	Conditions et limites
Évaluation des besoins et recommandations (prestation décrite à l'article 4.7)	Illimité **500 € TTC au total**	L'enveloppe de services doit être activée au plus tard **30 jours** après l'entrée en ALD. Les services peuvent être délivrés tout au long de l'année tant que vous subissez les conséquences de votre ALD. **La prise en charge de l'enveloppe de services est limitée à 1 fois par Affection de longue durée.** **Cumulable avec les prestations prévues aux articles 4.3 « Assistance en cas d'Hospitalisation ou d'Immobilisation à Domicile » et 4.5 « Assistance pour les aidants ».**
Enveloppe de services et d'aide à Domicile (prestation décrite à l'article 4.7)		

4.5. Assistance pour les aidants

Lorsque le Bénéficiaire assuré se retrouve en situation de devoir aider un Membre de la famille devenu dépendant, Mondial Assistance met en œuvre les prestations ci-après :

Prestations	Prise en charge	Conditions et limites
Évaluation des besoins et recommandations (prestation décrite à l'article 4.7)	Illimité **400 € TTC au total**	L'enveloppe de services doit être activée au plus tard dans les **3 mois** suivant l'entrée en dépendance de l'aidé **(Bénéficiaire évalué en GIR 1 à 4 sur la Grille AGGIR)**. **La prise en charge est limitée à 1 fois par personne aidée.** **Cumulable avec les prestations prévues aux articles 4.3 « Assistance en cas**
Enveloppe de services et d'aide à Domicile (prestation décrite à l'article 4.7)		

		d'Hospitalisation ou d'Immobilisation à Domicile » et 4.4 « Assistance en cas d'Affection Longue Durée (ALD) ».

4.6. Programmes de prévention

Prestations	Prise en charge	Conditions et limites
Mon Coach Bien-Être	Accès à un portail digital et **4 entretiens** à distance maximum avec un entraîneur sportif, un diététicien ou un psychologue.	Accompagnement limité à une durée maximum de **6 mois**. **Limité à 1 fois par période annuelle de garantie.**
Silvercoach	Illimité	**Accès au site web et à l'application pendant 1 an** https://Acheel.monsilvercoach.fr **Renouvelable par année d'assurance.**

Mon Coach Bien-Être

Mondial Assistance fournit au Bénéficiaire un accès à un portail digital proposant :

- un bilan d'évaluation des pratiques alimentaires, sportives, du niveau de stress et de la qualité du sommeil,
- des parcours personnalisés selon les bilan et les objectifs du Bénéficiaire,
- un planning hebdomadaire des séances de sport,
- des exercices de respiration et de concentration,
- des échanges avec un entraîneur sportif, un diététicien et un psychologue,
- un accès à l'historique des activités et à des statistiques pour évaluer sa progression.

Ce programme d'information, d'éducation et d'accompagnement nutritionnel s'adresse aux Bénéficiaires âgés de 16 (seize) ans au moins avec, pour les Bénéficiaires de moins de 18 (dix-huit) ans, l'accord préalable des parents.

Le Bénéficiaire peut s'inscrire au programme par email à l'adresse suivante : prevention@votreassistance.fr

Mondial Assistance s'interdit toute consultation, diagnostic ou prescription médicale. L'accompagnement personnalisé ne peut en aucun cas remplacer une consultation médicale personnalisée auprès d'un médecin.

Les informations médicales échangées avec les médecins restent strictement confidentielles et sont soumises à la législation sociale et au secret médical.

Les informations fournies par Mondial Assistance exclusivement par téléphone sont des renseignements à caractère documentaire. La responsabilité de Mondial Assistance ne pourra être recherchée dans le cas d'une utilisation ou interprétation erronée des renseignements communiqués.

4.7. Description des services et aides à domicile

Evaluation des besoins et recommandations

Mondial Assistance analyse la situation médico-sociale et socio-économique du Bénéficiaire, évalue les besoins et lui propose les solutions d'aide et de services adaptées ainsi que les moyens de les mettre en œuvre et de les financer soit au titre de l'enveloppe de services et d'aide à Domicile proposée, soit en mobilisant d'autres sources de financement.
Le Bénéficiaire est seul juge des prestations qu'il souhaite utiliser.
La responsabilité de Mondial Assistance ne pourra être recherchée dans le cas d'une utilisation ou interprétation erronée des recommandations faites.

Enveloppe de services et d'aide à Domicile

Mondial Assistance organise et prend en charge les services choisis par le Bénéficiaire parmi les services proposés ci-après, dans la limite d'une enveloppe dont le montant, les conditions et les limites sont indiqués ci-dessus.

La mise en œuvre des services et aides à Domicile est subordonnée aux disponibilités locales et aux horaires d'ouverture des réseaux de Prestataires.

Le délai pour la mise en place des prestations est d'une demi-journée ouvrée à compter de la demande.

Les services et aides à Domicile peuvent être demandés au fur et à mesure des besoins, pendant la durée de l'évènement garanti ouvrant droit à la prestation.

Le coût de chaque service utilisé vient en déduction du montant de l'enveloppe disponible.
Dès qu'il le souhaite, le Bénéficiaire peut contacter Mondial Assistance par téléphone pour connaître le solde encore disponible et obtenir des conseils sur son utilisation.

Il est précisé que les services proposés sont mis en place en fonction des besoins et des demandes du Bénéficiaire.
Le montant maximum indiqué dans le détail de chaque prestation ne saurait donner droit à un paiement en espèces.

Lorsque le Bénéficiaire est encore couvert au titre de la Convention et a utilisé la totalité du montant de l'enveloppe avant la fin de l'évènement garanti, Mondial Assistance peut, à sa demande :
- **organiser les services de son choix, parmi les services et aides proposés,**
- **lui communiquer les coordonnées de Prestataires spécialisés dans les domaines de services proposés.**

Le coût des services alors proposés reste à la charge du Bénéficiaire.

Ci-après la description des services et aides à Domicile proposés :

Transport

Mondial Assistance prend en charge le Transport non médicalisé du Bénéficiaire valide.
En cas d'hospitalisation ambulatoire, prise en charge d'un taxi ou d'un billet de transport en commun.

Hébergement des parents à proximité du Bénéficiaire mineur pendant son Hospitalisation

Si le Bénéficiaire mineur est hospitalisé à plus de 50 km de son Domicile, Mondial Assistance organise et prend en charge l'Hébergement de ses parents pendant la durée de l'Hospitalisation dans la limite de **70 € TTC/ nuit**.
Non prévu en cas d'hospitalisation ambulatoire.

Aide à domicile : Auxiliaire de vie, travailleuse familiale, et aide-ménagère

Mondial Assistance met à la disposition du Bénéficiaire une aide à Domicile qui peut être réalisée :

- soit par une auxiliaire de vie qui dispense des soins quotidiens (toilette quotidienne), hors soins médicaux relevant d'un médecin ou d'un(e) infirmier(ère),
- soit par une travailleuse familiale qui prodigue des conseils dans le domaine de l'éducation familiale,
- soit par une aide-ménagère qui effectue les petits travaux ménagers quotidiens (repassage, ménage, aide à la préparation des repas etc.) au Domicile du Bénéficiaire.

Chaque prestation d'aides à Domicile dure au minimum 2 (deux) heures et peut être fournie du lundi au samedi, hors jours fériés de 8h00 à 18h00.
Non prévu en cas d'hospitalisation ambulatoire.

Préparation du retour au Domicile

Mondial Assistance organise et prend en charge la venue d'une Prestataire pour effectuer les tâches ménagères, ouvrir les volets, mettre le logement à température, faire des courses.
Le coût des courses reste à la charge du Bénéficiaire.
Cette prestation s'effectue sous réserve de la mise à disposition des clés, des codes d'accès du Domicile et des conditions d'accessibilité en toute sécurité.
Mondial Assistance peut organiser le Transport de l'intervenant pour aller chercher les clés.
La prestation dure au minimum 2 (deux) heures et peut être fournie du lundi au samedi, hors jours fériés, de 8h00 à 18h00.
Non prévu en cas d'hospitalisation ambulatoire.

Transfert d'un Proche au Domicile du Bénéficiaire ou du Bénéficiaire au Domicile d'un Proche

Mondial Assistance organise et prend en charge le transfert d'un Proche au Domicile du Bénéficiaire (Transport aller-retour) ou le transfert du Bénéficiaire au Domicile d'un Proche pour s'occuper du Bénéficiaire et/ou des Enfants.

Transfert des Enfants de moins de 15 ans et/ou des Membres de la famille dépendants au Domicile d'un Proche

Mondial Assistance organise et prend en charge le transfert des Enfants et/ou des Ascendants dépendants à charge au Domicile d'un Proche (Transport aller-retour) ainsi que le voyage d'un Proche qui les accompagne (Transport aller-retour).
Si nécessaire, Mondial Assistance missionne un accompagnateur.

Garde à Domicile des Enfants de moins de 15 ans

Mondial Assistance organise et prend en charge la garde à Domicile des Enfants du Bénéficiaire Hospitalisé ou Immobilisé au Domicile.
Chaque prestation de garde d'enfant dure au minimum 2 (deux) heures et peut être fournie du lundi au samedi, hors jours fériés de 8h00 à 19h00.
La prestation est effectuée **dans la limite des disponibilités locales** par un Prestataire dont la mission consiste à garder l'Enfant au Domicile, préparer les repas, apporter des soins quotidiens à l'Enfant (**à l'exclusion des soins médicaux**).
Pendant ses heures de présence, l'intervenant(e) pourra accompagner les Enfants à la crèche, à l'école ou à leurs activités extrascolaires et retourner les chercher, à condition que le déplacement se fasse sans véhicule.

Conduite en taxi à l'école et/ou aux activités extra scolaires des Enfants scolarisés jusqu'au niveau baccalauréat

Si aucun Proche ne peut accompagner les Enfants à l'école ou à leurs activités extrascolaires, Mondial Assistance prend en charge le Transport des Enfants en taxi aller-retour depuis le Domicile. Les Enfants seront obligatoirement accompagnés d'un adulte désigné par le Bénéficiaire.
Non prévu en cas d'hospitalisation ambulatoire.

Veille ou prise en charge des Membres de la famille dépendants à charge

Si aucun Proche n'est disponible sur place, Mondial Assistance missionne :

- soit une auxiliaire de vie qui aide aux actes de la vie quotidienne (aide au lever, au coucher, toilette, repas, habillement, etc.)
- soit une personne de compagnie.

Chaque prestation dure au minimum 2 (deux) heures et peut être fournie du lundi au samedi, hors jours fériés de 8h00 à 19h00.

Portage des repas

Mondial Assistance organise et prend en charge le portage du repas au Domicile du Bénéficiaire avec un délai de mise en place de **4 (quatre) jours ouvrés maximum à compter de la demande. Ce service n'est pas disponible les samedis, dimanches et jours fériés**.
Les repas sont livrés par pack de 5 ou 7 « déjeuners + dîners ».
Le coût des repas n'est pas pris en charge.
Dans les zones non desservies ou lorsque le pack de repas n'est pas adapté, Mondial Assistance peut proposer l'intervention d'un Prestataire pour préparer les repas au Domicile dans les conditions précisées à la prestation concernée.
Cette prestation est disponible uniquement en France métropolitaine, hors Corse.

Garde à Domicile de l'Enfant de moins de 15 ans malade ou convalescent

Mondial Assistance organise et prend en charge l'intervention d'un Prestataire au Domicile pour garder l'Enfant, préparer ses repas et lui apporter les soins quotidiens.
Chaque prestation de la garde d'Enfant dure au minimum 2 (deux) heures et peut être fournie du lundi au samedi, hors jours fériés de 8h00 et 19h00.

Fermeture du Domicile quitté en urgence

En cas d'Hospitalisation du Bénéficiaire et s'il a quitté son Domicile précipitamment, Mondial Assistance organise et prend en charge la venue d'une Prestataire aide-ménagère afin de fermer les accès du Domicile (volets, fenêtres, portes...), éteindre les lumières, les appareils électriques en fonctionnement, trier les denrées périssables, étendre le linge resté dans la machine à laver.
Cette prestation s'effectuera sous réserve de la mise à disposition des clés, des codes d'accès du Domicile et des conditions d'accessibilité en toute sécurité.
Mondial Assistance peut organiser le Transport aller-retour de l'aide-ménagère pour aller chercher les clés. La prestation dure au minimum 2 (deux) heures et peut être fournie du lundi au samedi, hors jours fériés de 8h00 à 18h00.
Non prévu en cas d'hospitalisation ambulatoire.

Assistance aux animaux de compagnie (chats et chiens, à l'exclusion de tout autre animal)

Mondial Assistance organise et prend en charge la garde de l'animal du Bénéficiaire par un Prestataire, frais de nourriture compris.
L'animal concerné doit avoir reçu toutes les vaccinations obligatoires. Sont exclus les chiens de 1ère et 2nde catégorie (article L211-12 du Code rural et de la pêche maritime).
Non prévu en cas d'hospitalisation ambulatoire.

Livraison de courses

Mondial Assistance organise et prend en charge la livraison des courses au Domicile.
Le Bénéficiaire doit être disponible pour fournir les fonds et la liste des produits souhaités.
Le coût des courses reste à la charge du Bénéficiaire.

Bien-être à domicile : coiffure et esthétique

Mondial Assistance rembourse sur facture les services de soins suivants :

- esthéticienne,
- coiffeur,
- prothésiste capillaire,

y compris ceux réalisés à domicile.
Non prévu en cas d'hospitalisation ambulatoire.

5. Responsabilité

Mondial Assistance ne peut en aucun cas se substituer aux organismes locaux de secours d'urgence. Le Bénéficiaire ou ses proches doivent, en cas d'urgence, prendre contact directement et en priorité avec les services locaux de secours d'urgence.

Mondial Assistance ne sera pas tenue responsable des manquements ou contretemps à l'exécution de ses obligations qui résulteraient de cas de force majeure ou d'événements tels que guerres civiles ou étrangères, révolutions, instabilité politique notoire, représailles, embargos, sanctions économiques (Récapitulatif des mesures restrictives par pays disponible sur le site du Ministère de l'Économie et des Finances https://www.tresor.economie.gouv.fr/Ressources/sanctions-financieres-internationales), mouvements populaires, émeutes, sabotage, terrorisme, grèves, saisies ou contraintes par la force publique, interdictions officielles, explosions d'engins, effets nucléaires ou radioactifs, empêchements climatiques graves et les événements imprévisibles d'origine naturelle.

Elle s'efforcera néanmoins de tout mettre en œuvre pour venir en aide au Bénéficiaire.

L'organisation par le Bénéficiaire ou par son entourage de l'une des assistances énoncées dans la Convention ne peut donner lieu à remboursement que si Mondial Assistance a été prévenue et a donné son accord exprès. Les frais exposés seront remboursés sur présentation des justificatifs originaux, dans la limite de ceux que Mondial Assistance aurait engagés pour organiser la prestation.

La responsabilité de Mondial Assistance ne concerne que les services qu'elle réalise en exécution de la Convention.
Elle ne sera pas tenue responsable :

- **des actes réalisés par les Prestataires intervenant auprès du Bénéficiaire en leur propre nom et sous leur propre responsabilité ;**
- **de l'inexécution ou de la mauvaise exécution de leurs obligations contractuelles consécutive à un cas de force majeure.**

La prise en charge vient toujours en complément des remboursements des organismes d'assurance maladie complémentaire ou de prévoyance.

6. Exclusions

Outre les exclusions prévues dans la Convention, sont toujours exclus :

- **les frais non justifiés par des documents originaux,**
- **le suicide ou les conséquences de tentative de suicide du Bénéficiaire,**
- **les dommages consécutifs à la consommation d'alcool par le Bénéficiaire ou l'absorption par le Bénéficiaire de médicaments, drogues ou stupéfiants, non prescrits médicalement,**
- **les conséquences :**
  - **des situations à risques infectieux en contexte épidémique,**
  - **de l'exposition à des agents biologiques infectants,**
  - **de l'exposition à des agents chimiques type gaz de combat,**
  - **de l'exposition à des agents incapacitants,**
  - **de l'exposition à des agents radioactifs,**
  - **de l'exposition à des agents neurotoxiques ou à effets neurotoxiques rémanents, qui font l'objet d'une mise en quarantaine ou de mesures préventives ou de surveillances spécifiques ou de recommandations de la part des autorités sanitaires internationales ou des autorités sanitaires locales du pays où le Bénéficiaire séjourne,**

- **les dommages provoqués intentionnellement par un Bénéficiaire et ceux résultant de sa participation à un crime, un délit ou une rixe, sauf cas de légitime défense,**
- **les conséquences de maladies et accidents antérieurs à la date d'effet du contrat,**
- **les dommages résultant de soins d'ordre esthétique (y compris chirurgie esthétique).**

Au titre de la prestation « Téléconsultation médicale » décrite à l'article 4.2, sont également exclues :

- **les Téléconsultations lorsque le service médical de Mondial Assistance identifie une urgence médicale.**
- **les consultations pour des pathologies psychiatriques ;**
- **les prescriptions de certificats médicaux ;**
- **les prescriptions d'arrêt de travail et leur prolongation éventuelle;**
- **les prescriptions particulières, telles que :**
    - **les médicaments soumis à prescription restreinte :**
        - **médicaments réservés à l'usage hospitalier**
        - **médicaments à prescription hospitalière**
        - **médicaments à prescription initiale hospitalière**
        - **médicaments à prescription réservée aux médecins spécialistes**
        - **les médicaments nécessitant une surveillance particulière pendant le traitement.**
    - **les médicaments soumis à accord préalable. La liste exhaustive est accessible sur http://www.cnam.nat.tn/doc/upload/list_APcl.pdf ;**
    - **les médicaments d'exception : la liste des médicaments d'exception est disponible sur le site Meddispar, le site de référence des médicaments réglementés, proposé par l'Ordre national des pharmaciens ;**
    - **la prescription de stupéfiants.**
- **au titre de la prestation « Accompagnement psychologique » décrite à l'article 4.3.1 sont exclues les maladies psychologiques antérieurement avérées ou constituées ou en cours de traitement à la date d'effet du contrat.**

7. Modalités d'examen des réclamations

S'il n'a pas pu être donné immédiatement entière satisfaction à la réclamation du Bénéficiaire formulée par oral ou via une messagerie instantanée, celle-ci doit être adressée à Fragonard Assurances par écrit selon les modalités suivantes :

- Par mail : reclamation@votreassistance.fr
- Par courrier à l'adresse suivante : AWP France SAS - Traitement des réclamations - TSA 70002 - 93488 Saint-Ouen Cedex

Fragonard Assurances accusera réception de la réclamation écrite du Bénéficiaire dans les dix (10) jours ouvrables à compter de son envoi et Fragonard Assurances lui apportera une réponse écrite dans un délai maximal de deux (2) mois.

Le Bénéficiaire peut en tout état de cause saisir le Médiateur indépendant de l'assurance à l'issue d'un délai de deux (2) mois à compter de l'envoi de la première réclamation écrite :

- Par voie électronique : www.mediation-assurance.org
- Par courrier à l'adresse suivante : Monsieur le Médiateur de l'Assurance - TSA 50110 - 75441 Paris Cedex 09

La demande du Bénéficiaire auprès du Médiateur de l'assurance doit, le cas échéant, être formulée au plus tard dans le délai d'un (1) an à compter de sa première réclamation écrite auprès des services de Fragonard Assurances.

Toutefois, cette démarche ne prive pas le Bénéficiaire de la possibilité d'intenter toute action en justice.

En cas de souscription du contrat d'assurance du Bénéficiaire en ligne, il a la possibilité en qualité de consommateur, de recourir à la plateforme de Règlement en Ligne des Litiges (RLL) de la Commission Européenne en utilisant le lien suivant : http://ec.europa.eu/consumers/odr

8. Compétence juridictionnelle

Mondial Assistance fait élection de domicile en son siège social : 7, rue Dora Maar – 93400 Saint-Ouen.

Les contestations qui pourraient être élevées contre Mondial Assistance à l'occasion de la mise en œuvre de la Convention sont exclusivement soumises aux tribunaux français compétents et toutes notifications devront être faites par courrier recommandé avec accusé de réception à l'adresse indiquée ci-dessus.

9. Prescription

Toute action dérivant du contrat d'assurance est prescrite par un délai de deux (2) ans à compter de l'événement qui y donne naissance, dans les conditions fixées à l'article L 114-1 du Code des assurances. Les dispositions relatives à la prescription des actions dérivant du contrat d'assurance sont fixées par les articles L114-1 à L114-3 du Code des assurances reproduits ci-après :

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 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, 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 ou d'un envoi recommandé électronique, avec accusé de réception, adressés par

l'assureur à l'assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'assuré à l'assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.".

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."

Information complémentaire

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription sont énoncées aux articles 2240 et suivants du Code civil reproduits ci-dessous.

Article 2240 du Code civil
"La reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription."

Article 2241 du Code civil
"La demande en justice, même en référé, interrompt le délai de prescription ainsi que le délai de forclusion. Il en est de même lorsqu'elle est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure."

Article 2242 du Code civil
"L'interruption résultant de la demande en justice produit ses effets jusqu'à l'extinction de l'instance."

Article 2243 du Code civil
"L'interruption est non avenue si le demandeur se désiste de sa demande ou laisse périmer l'instance, ou si sa demande est définitivement rejetée."

Article 2244 du Code civil
"Le délai de prescription ou le délai de forclusion est également interrompu par une mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée."

Article 2245 du Code civil
"L'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription contre tous les autres, même contre leurs héritiers.
En revanche, l'interpellation faite à l'un des héritiers d'un débiteur solidaire ou la reconnaissance de cet héritier n'interrompt pas le délai de prescription à l'égard des autres cohéritiers, même en cas de créance hypothécaire, si l'obligation est divisible.
Cette interpellation ou cette reconnaissance n'interrompt le délai de prescription, à l'égard des autres codébiteurs, que pour la part dont cet héritier est tenu.
Pour interrompre le délai de prescription pour le tout, à l'égard des autres codébiteurs, il faut l'interpellation faite à tous les héritiers du débiteur décédé ou la reconnaissance de tous ces héritiers."

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

10. Protection des données à caractère personnel

Le traitement de données à caractère personnel est régi par la loi « Informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée et le Règlement UE 2016/679 du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données.

Fragonard Assurances est le responsable du traitement des données à caractère personnel, recueillies en vue de la passation, la gestion et l'exécution des Contrats d'Assurances.

Ces données sont conservées pendant la durée nécessaire à l'exécution du contrat et conformément aux dispositions relatives à la prescription. Elles sont destinées aux gestionnaires des prestations d'assistance et sont susceptibles d'être communiquées à des sous-traitants, situés hors de l'Union Européenne.

Conformément à la législation et réglementation applicables en matière de protection des données, Vous pouvez exercer son droit d'accès aux données le concernant et les faire rectifier en contactant : informations-personnelles@votreassistance.fr

Vous êtes informé de l'existence de la liste d'opposition au démarchage téléphonique « Bloctel » sur laquelle Vous pouvez Vous inscrire : https://www.bloctel.gouv.fr/

Pour plus d'informations, il est possible de consulter la Déclaration de confidentialité expliquant notamment comment et pourquoi sont collectées les données personnelles. Sa version la plus récente Vous a été remise lors de la souscription du Contrat d'Assurance.

Dans le cadre de sa politique de maîtrise des risques et de la lutte anti-fraude, Fragonard Assurances se réserve le droit de procéder à tout contrôle des informations et de saisir, si nécessaire, les autorités compétentes conformément à la législation en vigueur.

11. Autorité de contrôle

Les entreprises qui accordent les prestations prévues par la Convention sont soumises au contrôle de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution, sise au 4 Place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris CEDEX 09 - www.acpr.banque-france.fr

12. Loi applicable - Langue utilisée

La Convention est régie par la loi française.
La langue utilisée pour l'exécution de la Convention est le français.

Statuts

Association des assurés Acheel

Adoptés par l'assemblée constitutive du 10 mai 2021

Article 1. Constitution, Dénomination, Durée

Il est créé une Association de prévoyance régie par la loi du 1er juillet 1901 sur les associations, les articles L.141-7 et R. 141-1 à R.141-11 du Code des assurances et tous textes qui viendraient, le cas échéant à les modifier ou les compléter, ainsi que par les présents statuts.

Elle prend la dénomination de « Association des Assurés Acheel » (ci-après, l' « Association »)

L'Association a la qualité d'association souscriptrice de contrats collectifs d'assurance (articles L. 141-7 et R. 141-4 du Code des assurances).

Elle est constituée pour une durée illimitée.

Article 2. Objet

L'Association regroupe des personnes qui souhaitent préparer et organiser leur retraite ou leur prévoyance ou celle de leurs salariés.

L'Association regroupe des personnes qui souhaitent préparer et organiser leur retraite ou leur prévoyance ou celle de leurs salariés.

L'Association 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 souscrire, au profit de ses adhérents, des contrats collectifs d'assurance auprès de tout organisme assureur ;
- de venir en aide à ses adhérents par l'attribution d'allocations ;
- 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 ;
- de promouvoir les actions des courtiers et assureurs.

Article 3. Composition de l'association

L'Association se compose de plusieurs catégories de membres :

a) les membres d'honneur choisis pour l'aide ou les conseils qu'ils peuvent apporter à l'Association ; les demandes d'admission à ce titre seront soumises à l'agrément du Bureau du Conseil d'Administration ;

b) les membres adhérents, dont la liste initiale figure en **Annexe** des présents statuts, qui bénéficient des prestations de l'Association et paient à ce titre une cotisation.

Ces différentes catégories peuvent comporter 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 ou radiation sur décision du Conseil d'Administration pour non-règlement des cotisations ou pour motifs graves.

La qualité de membre adhérent se perd également à la fin de l'adhésion aux contrats collectifs d'assurance à la suite d'une renonciation, d'un rachat anticipé ou à l'échéance normale.

La décision du Conseil d'Administration 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'adhésions qu'il représente d'assurés.

Article 4. Siège social

Le siège de l'Association est situé 128 rue La Boétie, 75008 Paris. Il pourra être transféré en tout lieu par simple décision du Conseil d'Administration.

Article 5. Composition du conseil d'administration

Le Conseil d'Administration se compose de membres de l'Association, pour un nombre compris entre 3 et 5 membres dont plus de la moitié est élue au sein des membres d'honneur.

Les membres du Conseil d'Administration sont tous des membres adhérents à l'Association.

En tout état de cause, plus de la moitié des membres du Conseil d'Administration ne doivent pas détenir ou avoir détenu au cours des deux années précédant leur désignation aucun intérêt ni aucun mandat dans l'organisme d'assurance signataire du contrat d'assurance de groupe ni recevoir ou avoir reçu au cours de la même période aucune rétribution de la part de ces mêmes organismes ou sociétés.

Ces administrateurs peuvent être soit des membres individuels, soit des personnes morales qui désigneront leur représentant permanent.

Les administrateurs sont élus par l'Assemblée Générale Ordinaire pour une durée de cinq (5) ans et sont rééligibles. Les fonctions de tout membre du Conseil d'Administration cessent au plus tard à l'issue de l'Assemblée Générale Ordinaire suivant la date à laquelle ledit membre aura atteint l'âge de soixantedix (70) ans.

En cas de vacance notamment par décès, démission ou révocation d'un Administrateur en cours d'année, il est pourvu à son remplacement provisoire par cooptation du Conseil d'Administration. La fonction de membre coopté cesse à la première Assemblée Générale Ordinaire suivant la date de la cooptation, laquelle Assemblée Générale Ordinaire se prononcera sur son éventuelle élection comme membre du Conseil d'Administration.

Les fonctions de membre du Conseil d'Administration sont bénévoles, exercées à titre gratuit et ne donnent donc lieu à aucune rétribution de quelque nature que ce soit. Elles peuvent toutefois donner lieu à un remboursement des frais engagés dans l'intérêt de l'Association. D'autre part, le Conseil d'Administration peut décider d'allouer, dans les limites fixées par l'Assemblée Générale, des indemnités et avantages au titre de membre du Conseil d'Administration à ses administrateurs.

Le Président du Conseil d'Administration informe chaque année l'Assemblée Générale du montant des indemnités et avantages alloués conformément à l'alinéa précédent aux membres du Conseil d'Administration. Il informe également l'Assemblée Générale de toute rémunération versée par l'entreprise d'assurance à un ou à plusieurs membres du Conseil d'Administration et liée au montant de cotisations ou à l'encours des contrats souscrits par l'association.

Tout administrateur qui n'a pris aucune part aux travaux du Conseil d'Administration pendant un an pourra être considéré comme démissionnaire.

Article 6. Membres du bureau

Le Conseil d'Administration élit parmi ses membres son Bureau composé d'un Président, qui est obligatoirement une personne physique, d'un Vice-Président, et s'il le juge nécessaire, d'un deuxième Vice-Président, d'un

secrétaire pouvant être choisi en dehors des administrateurs et d'un Trésorier. Le Bureau du Conseil d'Administration ainsi formé est composé de membres élus pour les cinq (5) années qui suivent leur désignation.

Le Président du Conseil d'Administration est chargé d'exécuter les décisions du Conseil d'Administration et d'assurer son bon fonctionnement, ainsi que celui de l'Association qu'il représente en justice et dans tous les actes de la vie civile.

Les membres du bureau mettent en œuvre les décisions du Conseil d'Administration dans le cadre des orientations arrêtées par celui-ci et assurent, sous l'autorité du Président, la direction de l'Association dans la limite des pouvoirs et prérogatives du Conseil d'Administration.

Article 7. Fonctionnement du conseil d'administration

Le Conseil se réunit sur convocation du Président chaque fois que celui-ci le juge utile ou sur demande de la moitié des administrateurs, aussi souvent que l'intérêt de l'Association l'exige et au moins une fois par an.

Il peut désigner un secrétaire général de l'Association et un ou plusieurs Conseillers techniques en vue de réunir toute documentation relative à la réalisation technique de l'objet de l'Association.

Le Secrétaire général et les Conseillers techniques assistent aux réunions du Conseil d'Administration et du Bureau avec voix consultative.

La convocation est faite, par lettre simple, ou par tout autre moyen, notamment électronique. La convocation comporte l'ordre du jour ainsi que, sur demande écrite, tout document nécessaire à la prise de décision des administrateurs.

L'ordre du jour est fixé par l'auteur de la convocation. La réunion peut se tenir en tout lieu précisé dans l'avis de convocation y compris, par téléconférence. Pour chaque séance du Conseil d'Administration, les personnes présentes apposent leur signature sur un registre de présence. Les délibérations sont constatées par des procès-verbaux inscrits sur un registre et signés par au moins deux (2) membres du Conseil d'Administration présents aux délibérations.

Chaque membre du Conseil d'Administration a droit à une voix et à autant de voix supplémentaires qu'il a reçu de mandats d'autres administrateurs. Un membre ne peut être représenté que par un autre membre du Conseil d'Administration.

Il peut délibérer quel que soit le nombre des membres présents. Les décisions sont prises à la majorité des voix des membres du Conseil d'Administration présents. En cas de partage, la voix du Président est prépondérante.

Article 8. Pouvoirs du conseil d'administration

Le Conseil d'Administration est investi des pouvoirs les plus étendus pour décider toutes les opérations ayant pour but la réalisation de l'objet de l'Association.

Si l'Assemblée Générale a délégué au Conseil d'Administration, dans les conditions de l'article 16 ci dessous, le pouvoir de signer un ou plusieurs contrats d'assurance, ainsi qu'un ou plusieurs avenants, le Conseil d'Administration exerce ce pouvoir dans la limite de la délégation donnée par l'Assemblée Générale, et en cas de signature d'un ou de plusieurs contrats d'assurance, ou d'un ou plusieurs avenants, il en fait rapport à la plus proche assemblée.

Le Conseil d'Administration établit chaque année un rapport sur le fonctionnement des contrats tenus à la disposition des adhérents.

Article 9. Code déontologique

L'Assemblée Générale adopte, s'agissant des activités de l'Association, des règles de déontologie, conformément aux dispositions de l'article R. 141-10 du Code des assurances, auxquelles sont tenus les membres du Conseil d'Administration, le personnel salarié de l'Association, ainsi que, le cas échéant, les membres du Comité de Surveillance des plans souscrits par l'Association.

Les règles de déontologie ont pour objet de prévenir et de résoudre les conflits d'intérêts. Elles précisent les informations que les personnes qui pourraient être considérées comme étant en situation de conflit d'intérêts du fait de leur fonction actuelle ou passée, en raison notamment de leurs liens de toute nature, directs ou indirects, avec l'entreprise d'assurance, ses prestataires de service ou des organismes du même groupe, ou du fait d'activités connexes actuelles ou passées, doivent, sous leur responsabilité, porter à la connaissance du président du conseil d'administration.

Article 10. Composition des assemblées générales

L'Assemblée Générale est constituée de tous les adhérents 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.

Article 11. Composition - Réunion des assemblées générales

L'Assemblée Générale est convoquée par le Président du Conseil d'Administration, au moins une fois par an pour approuver les comptes annuels et faire rapport sur la gestion et les activités de l'Association ainsi que sur sa situation financière. Son ordre du jour est fixé par le Conseil d'Administration.

Les convocations sont adressées individuellement aux adhérents à jour de leur cotisation statutaire par courrier simple, email ou tout autre moyen. La convocation doit leur être adressée au moins trente (30) jours avant la date fixée pour la réunion de l'Assemblée Générale, le cachet de la poste faisant foi.

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 conditions et délais visés ci dessous.

L'Assemblée Générale ne peut valablement délibérer que si mille (1.000) adhérents ou un trentième (1/30ème) des adhérents au moins sont présents, représentés. Si, lors de la première convocation, l'assemblée n'a pas réuni ce quorum, une seconde assemblée est convoquée. Cette seconde Assemblée Générale pourra valablement délibérer quel que soit le nombre de ses adhérents présents ou représentés et sur les mêmes questions figurant à son ordre du jour.

Les adhérents devront se munir, pour participer à l'Assemblée Générale de leur convocation ainsi que de tout document, notamment le pouvoir qui leur aura été adressé, justifiant du numéro de contrat d'assurance auquel ils ont souscrit.

Article 12. Ordre du jour

L'ordre du jour est déterminé par le Président ou par le Conseil d'Administration. Les questions qui ne sont pas inscrites à l'ordre du jour ne sont pas débattues.

Le Conseil d'Administration est tenu de présenter au vote de l'Assemblée Générale les projets de résolutions qui lui ont été communiqués soixante (60) jours au moins avant la date fixée pour la réunion de l'assemblée par le dixième (10ème) des adhérents au moins, ou par cent (100) adhérents si le dixième (10ème) est supérieur à cent.

Article 13. Composition du bureau de l'assemblé générale

L'Assemblée Générale est présidée par le Président du Conseil d'Administration. En cas d'indisponibilité, il est remplacé par le Vice-Président ou, à défaut, le membre du Conseil d'Administration présent à l'Assemblée Générale ayant la plus grande ancienneté et en cas d'ancienneté égale, celui qui est le plus âgé.

Le bureau de l'Assemblée Générale est constitué des membres du bureau du Conseil d'Administration afin d'assister le Président de séance et de veiller au bon fonctionnement des débats et des votes. Le Président choisit un secrétaire de séance acceptant ces fonctions.

Article 14. Procés-verbal des assemblées générales

Une feuille de présence est établie et signée par les adhérents ou leurs mandataires composant l'Assemblée Générale. Elle est certifiée exacte par la signature du Président et du secrétaire de séance.

Les délibérations de l'assemblée sont constatées par des procès-verbaux inscrits sur un registre spécial et signés par le Président et le secrétaire de séance.

Les copies ou extraits de ces procès-verbaux sont signés par le Président du Conseil ou par 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 15. Assemblée générale ordinaire

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 délibère sur les questions d'administration et de gestion de l'Association, elle :

- entend le rapport du Conseil d'Administration sur la gestion et la situation financière de l'Association, ainsi que tout autre rapport sur les comptes de l'Association ou sur tout autre sujet qui n'est pas de la compétence de l'Assemblée Générale Extraordinaire ;
- statue sur lesdits rapports et sur le quitus aux administrateurs pour leur gestion ;
- approuve le montant qui a été fixé par le Conseil d'Administration pour les cotisations de chacune des catégories de membres ;
- approuve les comptes de l'Association pour l'exercice écoulé ;
- procède à l'élection, au renouvellement ou à la révocation des membres du Conseil d'Administration ;
- a seule qualité pour autoriser la signature de contrats d'assurance de groupe souscrits par l'Association concernant les modifications des dispositions essentielles dans les termes des articles L. 141-7 et R. 141-6 du Code des assurances ou pour procéder à leur résiliation ;
- peut déléguer au Conseil d'Administration, par une ou plusieurs résolutions, et pour une durée qui ne peut excéder dix-huit (18) mois, le pouvoir de résilier un contrat de groupe ou de signer un ou plusieurs

avenants uniquement pour modifier les dispositions qui ne sont pas considérées comme essentielles en application de l'article L. 141-7 du Code des assurances et dans des matières que la résolution définit. Le Conseil d'Administration exerce ce pouvoir dans la limite de la délégation donnée par l'Assemblée Générale, et en cas de signature d'un ou plusieurs avenants ou de résiliation d'un contrat d'assurance de groupe, il en faut rapport à la plus proche assemblée ;
- confère au Conseil d'Administration toutes délégations de pouvoirs ou toutes autorisations pour accomplir toutes autres opérations entrant dans l'objet de l'Association et pour lesquelles les pouvoirs statutaires seraient insuffisants ;
- délibère, d'une manière générale, sur toutes propositions inscrites à l'ordre du jour.

Article 16. Assemblée générale ordinaire

Sur l'avis du Conseil d'Administration, 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 (2) mois à compter de la réception de la demande.

L'Assemblée Générale Extraordinaire est seule compétente pour :

- procéder à la modification des statuts ;
- ordonner la dissolution de l'Association, ou sa transformation en une structure d'une autre forme, et notamment sa fusion avec une autre association ou sa scission.

Toutes les décisions de l'Assemblée Générale Extraordinaire sont prises à la majorité des deux tiers (2/3) des votes exprimés ou représentés.

Article 17. Règlement intérieur

Un règlement intérieur peut être établi par le conseil d'administration, qui le fait alors approuver par l'Assemblée Générale.

Ce règlement éventuel est destiné à fixer les divers points non prévus par les présents statuts, notamment ceux qui ont trait à l'administration interne de l'Association. Le règlement intérieur ne peut modifier ou venir en contradiction avec les dispositions des présents statuts et s'interprète par référence à celles-ci.

Article 18. Ressources

Les ressources de l'Association proviennent :

- des droits d'adhésion et cotisations annuelles versées par ses membres au moment de leur adhésion, 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.

Article 19. Dépenses

Les dépenses de l'Association sont constituées, en dehors des frais d'administration et de gestion, par toutes les sommes destinées à faire face aux charges résultant de son fonctionnement et de toute activité entrant dans son objet social et notamment les cotisations et subventions aux organismes poursuivant des buts en rapport avec cet objet social.

Les dépenses sont engagées par le Conseil d'Administration ou le Président par délégation du Conseil d'Administration, ou par toute personne mandatée à cet effet par le Conseil d'Administration.

Article 20. Exercice social

L'exercice social a une durée de douze (12) mois et commence le 1er janvier pour s'achever le 31 décembre de chaque année.

A titre exceptionnel, l'exercice 2021 a une durée ramenée à huit (8) mois commençant le 1er mai 2021 et s'achevant le 31 décembre 2021.

Article 21. Commissaires aux comptes de l'association

Le contrôle de l'Association est exercé par un Commissaire aux comptes nommé par l'Assemblée Générale Ordinaire. Un Commissaire aux comptes suppléant, appelé à remplacer le titulaire en cas de décès, d'empêchement ou de refus, peut également être désigné.

Le Commissaire aux comptes est nommé pour six (6) exercices, ses fonctions expirant après la réunion de l'Assemblée Générale Ordinaire qui statue sur les comptes du sixième exercice. Il peut être relevé de ses fonctions par l'Assemblée Générale Ordinaire en cas de faute ou d'empêchement. Il est convoqué à la réunion du Conseil d'Administration qui arrête les comptes de l'exercice écoulé, ainsi qu'à toutes les Assemblées Générales Ordinaires ou Extraordinaires des adhérents.

Le Commissaire aux comptes nommé en remplacement d'un autre ne demeure en fonctions, que jusqu'à l'expiration du mandat de son prédécesseur.

Le Commissaire aux comptes certifie les comptes annuels de l'Association et établit un rapport qu'il présente à l'Assemblée Générale Ordinaire annuelle des adhérents.

Article 22. Dissolution de l'association

En cas de dissolution volontaire ou forcée, l'Assemblée Générale Extraordinaire, délibérant selon les modalités visées à l'article 16 des présents statuts, désigne un ou plusieurs commissaires chargés de la liquidation des biens de l'Association.

Cette Assemblée Générale Extraordinaire, détermine souverainement les conditions dans lesquelles les membres de l'Association seront admis, s'il y a lieu, à reprendre tout ou partie de leurs apports et l'emploi qui sera fait de l'actif net, après paiement des charges de l'Association et des frais de sa liquidation, conformément à la loi.

Article 23. Déclaration et publication

Le Président, avec faculté de subdélégation, remplira les formalités de déclaration et de publication prescrites par la loi.

Article 24. Premiers dirigeants

Sans préjudice de toutes dispositions contraires des présents statuts, les premiers dirigeants de l'Association (à savoir le président, le trésorier, ainsi que, si de tels organes sont institués, les membres du conseil

d'administration et/ou du bureau de l'Association) seront nommés par l'Assemblée Générale constitutive de l'Association.