Notice (valant conditions générales)

Complémentaire Senior GAN



gan EUROCOURTAGE

Mise à jour : mai 2026

april
L'ASSURANCE EN PLUS FACILE

Sommaire

PRÉAMBULE 3

TITRE I - GÉNÉRALITÉS 7

Article 1 - Objet du contrat 7
Article 2 - Définitions 7

TITRE II- EXÉCUTION DU CONTRAT 13

Article 3 - Adhésion des membres de l'association contractante 13
Article 4 – Date d'effet, durée, reconduction et résiliation de l'adhésion 14
Article 5 - Personnes garanties 14
Article 6 - Prise d'effet de l'inscription au contrat et des garanties - Changement du niveau de garanties 15
Article 7 - Cessation de l'adhésion - Cessation des garanties 15
Article 8 - Information des adhérents 16
Article 9 - Gestion administrative de l'adhésion 16
Article 10- Réclamation - Médiation – Protection des données personnelles - Dématérialisation des échanges relatifs au contrat d'assurance - Lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme 17

TITRE III - COTISATION 19

Article 11 - Cotisation 19

TITRE IV - RÉVISION 20

Article 12 - Révision 20

TITRE V -REMBOURSEMENT DES FRAIS MALADIE – MATERNITÉ PRÉVENTION ET SANTÉ AU QUOTIDIEN 20

Article 13 - Étendue territoriale des garanties - Nature des remboursements 20
Article 14 - Montant des remboursements 22
Article 15 - Risques exclus 22
Article 16 - Règlement des prestations - Déchéance des garanties - Fausses déclarations - Recours subrogatoire 23

TITRE VI - AUTRE INDEMNITÉ 24

Article 17 - Cure thermale 24

TITRE VII - SERVICES TIERS PAYANT- CALCUL DES FRAIS RESTANT À CHARGE 25

Article 18 - Tiers payant 25
Article 19 - Calcul des frais restant À charge 25

ANNEXES 26

Annexe N° 1 - Texte règlementaire 26
Annexe N° 2 - Tableau des garanties (remise concomitamment à la notice d'information valant conditions générales) 28

Notice d'information valant Conditions Générales du contrat « Complémentaire Senior GAN »
N° 671/654339

Le présent contrat a été conclu entre les soussignés :

ASSOCIATION EUROPÉENNE D'ÉPARGNE DE RETRAITE ET DE PRÉVOYANCE - AEERP
Association Loi 1901
4, square de l'Opéra Louis Jouvet - 75009 PARIS
ci-après dénommée « **L'ASSOCIATION CONTRACTANTE** », d'une part,

et

GROUPAMA GAN VIE
Société Anonyme au capital de 1 371 100 605 € – RCS Paris 340 427 616 – APE 6511 Z
Siège social : 8-10, rue d'Astorg – 75383 Paris Cedex 08
Entreprise régie par le code des assurances et soumise à
l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) – 4 place de Budapest CS 92459 – 75436 Paris Cedex 09
Les produits d'assurances distribués sous la marque Gan Eurocourtage via les courtiers sont ceux de Groupama Gan Vie.
ci-après dénommé « **L'ASSUREUR** », d'autre part,

Groupama Gan Vie (assureur) a confié la distribution et tout ou partie de la gestion et de la mise en œuvre des garanties afférentes au présent contrat, à :

APRIL Santé Prévoyance (gestionnaire)
SASU au capital social de 540640 €
RCS Lyon 428 702 419

Intermédiaire en assurances enregistré à l'ORIAS sous le numéro 07 002 609
Siège social : 12 rue Juliette Récamier - CS15555 - 69452 LYON CEDEX 06
ci-après dénommé « **APRIL** » ou « **LE GESTIONNAIRE** ».

Préambule

Le présent contrat est un contrat d'assurance de groupe à adhésion facultative. Ce contrat est régi par le Code des assurances et notamment ses articles L141-1 et suivants.

Vos déclarations servent de base à l'application des garanties. Il est précisé que ce contrat remplit les conditions posées par la réglementation en vigueur relative aux « contrats solidaires et responsables ».

Le contrat conclu entre l'association et l'assureur a pris effet le 1er octobre 2020. **Le contrat se reconduit tacitement le 1er janvier de chaque année pour des périodes successives d'un an, sauf dénonciation, par l'assureur ou par la contractante, notifiée deux mois au moins avant chaque date de reconduction ou en cas d'exercice, par la contractante, de son droit de résiliation infra-annuelle conformément à l'article L.113-15-2 du Code des assurances.**

La présente notice d'information est celle prévue à l'article L.141-4 du Code des assurances. Elle a été établie par l'assureur.

CONTRÔLE DE L'ASSUREUR :
L'autorité chargée du contrôle de l'assureur est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) : 4, Place de Budapest – CS 92459 – 75436 Paris Cedex 09

LES INTERVENANTS AU CONTRAT SONT :

Contractante : Association Européenne d'Épargne, de Retraite et de Prévoyance – AEERP - Personne morale qui souscrit le contrat afin d'en faire bénéficier ses adhérents et s'engage aux obligations correspondantes.

Adhérent : Vous-même en qualité de personne physique, à l'association contractante, dans la mesure où vous répondez aux conditions d'adhésion prévues à l'article 3, et :
- résidez en France Continentale, Corse ou dans l'un des Départements ou Régions d'Outre-Mer (DROM) ou l'une des Collectivités d'Outre-mer (COM) suivantes : Saint-Barthélemy ou Saint Martin à l'exclusion de Mayotte.
- relevez d'un Régime obligatoire de protection sociale français. **Si vous relevez d'un Régime obligatoire de protection sociale de Travailleur non-salarié, vous n'êtes pas affiliable au contrat.**
- êtes membre (ou devenez membre) de l'association contractante et êtes à jour de vos cotisations à cette dernière,
- adhérez au contrat conclu entre l'association et nous.

L'adhérent est obligatoirement l'assuré principal.

Assureur : Groupama Gan Vie - Société Anonyme au capital de 1 371 100 605 € (entièrement versé) - RCS Paris 340 427 616 - APE 6511Z - Siège social : 8-10 rue d'Astorg - 75383 Paris Cedex 08 - Entreprise régie par le Code des assurances et soumise à l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution - 4 place de Budapest CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09.

Gestionnaire : APRIL Santé Prévoyance - SASU au capital social de 540640 € - RCS Lyon 428 702 419 - Intermédiaire en assurances enregistré à l'ORIAS sous le numéro 07 002 609 - Siège social : 12 rue Juliette Récamier - CS15555 - 69452 LYON CEDEX 06.

PRESCRIPTION :

En application de l'article L. 114-1 du Code des assurances, toutes actions dérivant du contrat sont prescrites par deux (2) 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 le souscripteur, l'assuré, le bénéficiaire ou l'ayant droit ou a été indemnisé par ce dernier.

En application de l'article L. 114-2 du Code des assurances, la prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption suivantes :

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

Il est rappelé que l'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt la prescription contre tous les autres, même contre leurs héritiers.

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

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

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

Le délai de prescription peut être interrompu également par :

- **la désignation d'un expert à la suite d'un sinistre ;**
- **l'envoi d'une lettre recommandée 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 cotisation, et adressés par l'assuré à l'assureur** en ce qui concerne le règlement de l'indemnité de sinistre).

FACULTÉ DE RENONCIATION :

Si Vous avez adhéré au contrat à la suite d'un démarchage à domicile :

En application de l'article L.112-9 du code des assurances, Vous aurez la faculté de renoncer à votre adhésion au contrat par lettre recommandée ou par *Envoi recommandé électronique* avec demande d'avis de réception pendant un délai de 14 jours calendaires révolus, sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités.

Si Vous avez adhéré au contrat à distance :

En application de l'article L.112-2-1 du code des assurances, Vous aurez la faculté de renoncer à votre adhésion au contrat pendant un délai de 14 jours calendaires révolus, sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités.

Dans ces 2 cas, cette renonciation doit reproduire le texte suivant : « Je soussigné(e) *(nom prénom)* déclare renoncer expressément à mon adhésion au contrat « Complémentaire Senior GAN » (n° d'adhésion à préciser) et demande le remboursement de la cotisation versée dans les conditions définies par l'article L.112-9 (ou L.112-2-1) du Code des assurances. » *(Date et signature)*

L'exercice du droit de renonciation dans le délai prévu au premier alinéa entraîne la résiliation de l'adhésion au contrat à compter de la date de réception de la lettre recommandée mentionnée au même alinéa par l'assureur.

Dès lors que vous avez connaissance d'un sinistre mettant en jeu la garantie du contrat, vous ne pouvez plus exercer votre droit de renonciation.

En cas de renonciation, vous ne pouvez être tenu qu'au paiement de la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque a couru, cette période étant calculée jusqu'à la date de résiliation. L'assureur est tenu de vous rembourser le solde au plus tard dans les 30 jours suivant la date de résiliation. Toutefois, l'intégralité de la cotisation reste due à l'assureur si vous exercez votre droit de renonciation alors qu'un sinistre mettant en jeu la garantie du contrat et dont vous n'avez pas eu connaissance est intervenu pendant le délai de renonciation.

Article L112-9 du code des assurances :

I.- 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 ou par *Envoi recommandé électronique* avec demande d'avis de réception pendant le délai de quatorze jours calendaires révolus à compter du jour de la conclusion du contrat, sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités.

La proposition d'assurance ou le contrat comporte, à peine de nullité, la mention du texte du premier alinéa et comprend un modèle de rédaction destiné à faciliter l'exercice de la faculté de renonciation.

L'exercice du droit de renonciation dans le délai prévu au premier alinéa entraîne la résiliation du contrat à compter de la date de réception de la lettre recommandée ou de l'envoi recommandé électronique mentionnés au même alinéa. Dès lors qu'il a connaissance d'un sinistre mettant en jeu la garantie du contrat, le souscripteur ne peut plus exercer ce droit de renonciation.

En cas de renonciation, le souscripteur ne peut être tenu qu'au paiement de la partie de prime ou de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque a couru, cette période étant calculée jusqu'à la date de la résiliation. L'entreprise d'assurance est tenue de rembourser au souscripteur le solde au plus tard dans les trente jours suivant la date de résiliation. Au-delà de ce délai, les sommes non versées produisent de plein droit intérêt au taux légal.

Toutefois, l'intégralité de la prime reste due à l'entreprise d'assurance si le souscripteur exerce son droit de renonciation alors qu'un sinistre mettant en jeu la garantie du contrat et dont il n'a pas eu connaissance est intervenu pendant le délai de renonciation.

Le présent article n'est applicable ni aux contrats d'assurance sur la vie ou de capitalisation ni aux contrats d'assurance de voyage ou de bagages ni aux contrats d'assurance d'une durée maximum d'un mois.

Les infractions aux dispositions du présent article sont constatées et sanctionnées par l'autorité instituée à l'article L.612-1 du code monétaire et financier dans les conditions prévues au livre III du présent code.

II.- Les infractions constituées par la violation des dispositions du deuxième alinéa et de la deuxième phrase du quatrième alinéa du I sont recherchées et constatées par les agents mentionnés aux articles L.511-3 et L.511-21 du code de la consommation, dans les conditions prévues à l'article L.511-5 de ce code.

Est puni de 15 000 euros d'amende le fait de ne pas rembourser le souscripteur dans les conditions prévues à la deuxième phrase du quatrième alinéa du I du présent article.

Article L112-2-1 du code des assurances

I. - 1° La fourniture à distance d'opérations d'assurance à un consommateur est régie par le présent livre et par les articles L.222-1 à L.222-3, L.222-6 et L.222-13 à L.222-16, L.222-18, L.232-4, L.242-15 du code de la consommation ;

2° Pour l'application du 1°, il y a lieu d'entendre :
a) « Le souscripteur, personne physique, qui agit à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle » là où est mentionné « le consommateur » ;
b) « L'assureur ou l'intermédiaire d'assurance » là où est mentionné « le fournisseur » ;
c) « Le montant total de la prime ou cotisation » là où est mentionné « le prix total » ;
d) « Droit de renonciation » là où est mentionné « le droit de rétractation » ;
e) « Le II de l'article L.112-2-1 du code des assurances » là où est mentionné « l'article L.222-7, L.222-9 à L.222-12 » ;
f) « Le III de l'article L.112-2-1 du code des assurances » là où est mentionné « l'article L.222-5 » ;

3° Pour l'application de l'article L.222-6 du code de la consommation, les conditions contractuelles doivent comprendre, outre les informations prévues selon les cas à l'article L.112-2 ou à l'article L.132-5, un modèle de rédaction destiné à faciliter l'exercice du droit de renonciation lorsque ce droit existe.

II. - 1° Toute personne physique ayant conclu à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle un contrat à distance dispose d'un délai de quatorze jours calendaires révolus pour renoncer, sans avoir à justifier de motif ni à supporter de pénalités. Ce délai commence à courir :
a) Soit à compter du jour où le contrat à distance est conclu ;
b) Soit à compter du jour où l'intéressé reçoit les conditions contractuelles et les informations, conformément à l'article L.222-6 du code de la consommation, si cette dernière date est postérieure à celle mentionnée au a ;

2° Toutefois, en ce qui concerne les contrats d'assurance vie, le délai précité est porté à trente jours calendaires révolus.
Ce délai commence à courir :
a) Soit à compter du jour où l'intéressé est informé que le contrat à distance a été conclu ;
b) Soit à compter du jour où l'intéressé reçoit les conditions contractuelles et les informations, conformément à l'article L.222-6, si cette dernière date est postérieure à celle mentionnée au a ;

3° Le droit de renonciation ne s'applique pas :
a) Aux polices d'assurance de voyage ou de bagage ou aux polices d'assurance similaires à court terme d'une durée inférieure à un mois ;
b) Aux contrats d'assurance mentionnés à l'article L.211-1 du présent code ;
c) Aux contrats exécutés intégralement par les deux parties à la demande expresse du consommateur avant que ce dernier n'exerce son droit de renonciation.

III. En temps utile avant la conclusion à distance d'un contrat le souscripteur reçoit les informations suivantes :

1° La dénomination de l'entreprise d'assurance contractante, l'adresse de son siège social, lorsque l'entreprise d'assurance est inscrite au registre du commerce et des sociétés, son numéro d'immatriculation, les coordonnées de l'autorité chargée de son contrôle ainsi que, le cas échéant, l'adresse de la succursale qui propose la couverture ou l'identité, l'adresse de l'intermédiaire d'assurance et son numéro d'immatriculation au registre mentionné au I de l'article L.512-1 ;

2° Le montant total de la prime ou cotisation ou, lorsque ce montant ne peut être indiqué, la base de calcul de cette prime ou cotisation permettant au souscripteur de vérifier celle-ci ;

3° La durée minimale du contrat ainsi que les garanties et exclusions prévues par celui-ci ;

4° La durée pendant laquelle les informations fournies sont valables, les modalités de conclusion du contrat et de paiement de la prime ou cotisation ainsi que l'indication, le cas échéant, du coût supplémentaire spécifique à l'utilisation d'une technique de commercialisation à distance ;

5° L'existence ou l'absence d'un droit à renonciation et, si ce droit existe, sa durée, les modalités pratiques de son exercice notamment l'adresse à laquelle la notification de la renonciation doit être envoyée. Le souscripteur doit également être informé du montant de prime ou de cotisation que l'assureur peut lui réclamer en contrepartie de la prise d'effet de la garantie, à sa demande expresse, avant l'expiration du délai de renonciation ;

6° La loi sur laquelle l'assureur se fonde pour établir les relations précontractuelles avec le consommateur ainsi que la loi applicable au contrat et la langue que l'assureur s'engage à utiliser, avec l'accord du souscripteur, pendant la durée du contrat ;

7° Les modalités d'examen des réclamations que le souscripteur peut formuler au sujet du contrat et de recours à un processus de médiation dans les conditions prévues au titre V du livre Ier du code de la consommation, sans préjudice pour lui d'intenter une action en justice ainsi que, le cas échéant, l'existence de fonds de garantie ou d'autres mécanismes d'indemnisation.

8° Le document d'information normalisé prévu par l'article L.112-2 pour les assurances portant sur un risque non-vie.

Les informations sur les obligations contractuelles communiquées en phase précontractuelle doivent être conformes à la loi applicable au contrat.

Ces informations, dont le caractère commercial doit apparaître sans équivoque, sont fournies de manière claire et compréhensible par tout moyen adapté à la technique de commercialisation à distance utilisée.

IV. L'assureur doit également indiquer, pour les contrats d'assurance vie les informations mentionnées aux articles L.132-5-1 et L.132-5-2, notamment le montant maximal des frais qu'il peut prélever et, lorsque les garanties de ces contrats sont exprimées en unités de compte, les caractéristiques principales de celles-ci. Dans ce dernier cas, il doit en outre préciser qu'il ne s'engage que sur le nombre des unités de compte et non sur leur valeur qui peut être sujette à des fluctuations à la hausse comme à la baisse. L'assureur doit de plus fournir les informations prévues par l'article L.522-3.

V. Un décret en Conseil d'État fixe les informations communiquées au souscripteur en cas de communication par téléphonie vocale.

VI. Les infractions aux dispositions du présent article sont constatées et sanctionnées par l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution dans les conditions prévues à la section 2 du chapitre unique du titre Ier du livre III.

Les infractions constituées par l'absence matérielle des éléments d'information prévus au III du présent article, ainsi que le refus de l'assureur de rembourser le souscripteur personne physique dans les conditions fixées à l'article L.121-30 du code de la consommation peuvent également être recherchées et constatées par les agents mentionnés aux articles L.511-3 et L.511-21 du même code, dans les conditions prévues à l'article L.511-6 de ce code du même code.

Les conditions d'application du présent article sont définies en tant que de besoin par décret en Conseil d'État.

Titre I - Généralités

Article 1 - Objet du contrat

Ce contrat, complémentaire au *Régime obligatoire de protection sociale,* a pour objet le versement de prestations, dans la limite des frais réels, en remboursement des frais de santé que Vous, et les membres de votre famille ci-après définis, inscrits au contrat, engagez.

La présente notice d'information fixe les conditions dans lesquelles l'assureur Vous assure, en contrepartie de cotisations, le remboursement de tout ou partie de ces frais de santé engagés en cas d'*Accident,* de *Maladie* ou de *Maternité*.
Le contrat prévoit 5 formules de garanties accordant des niveaux différents de remboursement et de prestation.

La présente notice d'information est complétée d'une part par une Annexe N° 2 intitulée «Tableau des garanties» indiquant notamment les 5 niveaux de garanties proposés et les montants de prestations y afférents, et d'autre part, par un *Certificat d'adhésion* prévu à l'article 3 ci-après.

Le niveau de garanties que Vous aurez retenu, applicable tant à Vous-même qu'à vos *Ayants droit* le cas échéant, est indiqué au *Certificat d'adhésion.*

Le contrat prévoit également, quelle que soit la formule retenue, des services d'assistance accordés par Mutuaide Assistance et définis dans l'annexe au contrat intitulé « Services d'assistance » (référence 3375-238392-062022). Ces services sont accordés sous le Code Mutuaide 7759 à communiquer par le bénéficiaire lors de l'appel.

Les frais susceptibles d'être pris en compte par l'assureur, sont décrits en détail à l'article 3, au Titre 3 et à l'Annexe N° 2 précitée.

Article 2 - Définitions

Pour l'application du contrat, les définitions suivantes sont retenues :

100% SANTÉ :

Dispositif par lequel certaines prestations d'*Optique*, d'*Aides auditives* et de prothèses dentaires sont intégralement remboursées par le *Régime obligatoire de protection sociale* et les contrats de complémentaire santé responsables (donc sans frais restant à la charge des assurés) sous réserve que les professionnels de santé respectent les tarifs maximum fixés (prix limites de vente pour les équipements d'*Optique* et les *Aides auditives* et *Honoraires* limites de facturation pour les prothèses dentaires).
Pour ces soins identifiés sous le terme de panier « *100% Santé* » qui sont définis règlementairement, les opticiens, audioprothésistes et chirurgiens-dentistes fixent leur prix dans la limite des plafonds tarifaires prédéfinis et s'engagent à respecter les conditions de l'offre « *100% Santé* ».
Un contrat Complémentaire santé responsable doit obligatoirement rembourser la différence entre le prix facturé par l'opticien, l'audioprothésiste ou le chirurgien-dentiste et le montant remboursé par le *Régime obligatoire de protection sociale*, dans la limite des plafonds tarifaires prédéfinis pour les actes des paniers « *100% Santé* ».
Les opticiens et les audioprothésistes sont tenus de proposer un équipement du panier « *100% Santé* » et d'établir un *Devis* faisant systématiquement apparaître un équipement de l'offre *« 100% Santé ».*

ACCIDENT :

Toute atteinte corporelle, non intentionnelle de la part de la personne qui en est victime provenant de l'action soudaine d'une cause extérieure.

ADHÉRENT :

Vous-même en qualité de personne physique, à l'association contractante, dans la mesure où Vous répondez aux conditions d'adhésion prévues à l'article 3, et :

- Avoir sa résidence fiscale en France Continentale, Corse ou dans l'un des Départements ou Régions d'Outre-Mer (DROM) ou l'une des Collectivités d'Outre-mer (COM) suivantes : Saint-Barthélemy ou Saint Martin à l'exclusion de Mayotte,
- relevez d'un *Régime obligatoire de protection sociale* français, ***hors Régime obligatoire de protection sociale de Travailleur non-salarié***,
- êtes membre (ou devenez membre) de l'association contractante et êtes à jour de vos cotisations à cette dernière,
- adhérez au contrat conclu entre l'association et Nous.

AIDES AUDITIVES :

Appareils améliorant l'audition de la personne qui souffre de déficit auditif (Synonymes : audioprothèses, prothèses auditives, appareils auditifs).

AN (PAR AN) OU, (PAR PÉRIODE D'1 AN), (PAR PÉRIODE DE 2 ANS) (PAR PÉRIODE DE 4 ANS) :

Pour les postes « *Optique* » et « *Aides auditives* », la réglementation impose une période minimale de renouvellement, pendant laquelle il n'est pas possible de changer d'équipement.

En ce qui concerne les frais d'acquisition de lunettes, la période d'1 an, de 2 ans, ou de 6 mois prise en considération est décomptée à partir de la date d'acquisition de l'équipement complet par la personne assurée ou du dernier élément de l'équipement (soit les verres, soit la monture) en cas d'achat décalé dans le temps de chacun de ces éléments par la personne assurée.
Pour les frais d'acquisition d'un appareil auditif, la période de 4 ans prise en considération est décomptée à partir de la date d'acquisition de celui-ci. Ce délai de renouvellement s'entend pour chaque oreille indépendamment.
Pour les autres frais et sauf stipulation contraire expresse, la mention « *par an* » signifie « 12 mois civils » décomptés à partir de la date anniversaire de l'adhésion.

ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRE :

Il s'agit de l'ensemble des actes (prélèvements, analyses...) généralement réalisé par un laboratoire de biologie médicale.
Synonymes : examens de laboratoire, biologie médicale, analyses médicales.

APPAREILLAGE :

Biens médicaux figurant sur la Liste des Produits et Prestations (LPP) remboursables par le *Régime obligatoire de protection sociale*. Il s'agit notamment de matériels d'aide à la vie ou nécessaires à certains traitements : pansements, orthèses, attelles, prothèses externes, fauteuils roulants, lits médicaux, béquilles, ...
Les équipements d'optique et les aides auditives font partie de l'appareillage.

AUXILIAIRES MÉDICAUX :

Professionnels paramédicaux - à savoir principalement les infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues... - dont les actes sont remboursés, sous certaines conditions, par le *Régime obligatoire de protection sociale*.
Synonymes : professionnel paramédical

AYANT(S) DROIT :

Pour l'application des dispositions du contrat et indépendamment des définitions du *Régime obligatoire de protection sociale*, peuvent être considérés comme *Ayant(s) droit*, sous réserve qu'ils soient inscrits au contrat et bénéficient d'un *Régime obligatoire de protection sociale* tel que défini au présent article : votre *Conjoint*, *Partenaire* ou *Concubin* et les *Enfants à charge* (tels que définis au présent article).

BASE DE REMBOURSEMENT (BR) :

Tarif servant de référence au *Régime obligatoire de protection sociale* pour déterminer le montant de son remboursement. On distingue :
- le tarif de convention (TC) lorsque les actes sont effectués par un professionnel de santé conventionné avec l'assurance maladie. Il s'agit d'un tarif fixé par une convention signée entre l'assurance maladie obligatoire et les représentants de cette profession.
- le tarif d'autorité (TA) lorsque les actes sont effectués par un professionnel de santé non conventionné avec l'assurance maladie. Il s'agit d'un tarif forfaitaire qui sert de *Base de remboursement*. Il est très inférieur au tarif de convention.
- le tarif de responsabilité (TR) pour les médicaments, appareillages et autres biens médicaux.

Synonymes : *Base de remboursement de la Sécurité sociale* (BRSS), *Base de remboursement* de l'assurance maladie obligatoire, tarif de remboursement du Régime obligatoire.

CERTIFICAT D'ADHÉSION :

Document contractuel que Nous vous remettons et qui précise nos engagements réciproques en complément de la notice d'information et de ses annexes.

CHIRURGIE AMBULATOIRE :

Chirurgie réalisée sans hospitalisation dans un établissement de santé ou en cabinet médical, le patient arrivant et repartant le même jour.

CHIRURGIE RÉFRACTIVE :

Désigne les différentes techniques chirurgicales (telles notamment l'opération de la myopie au laser, la kératotomie radiaire) qui permettent de corriger les défauts visuels. Le *Régime obligatoire de protection sociale* ne prend pas en charge ces opérations.

CONCUBINAGE :

Union de fait caractérisée par une vie commune présentant un caractère de stabilité et de continuité entre deux personnes de sexe différent ou de même sexe, qui vivent en couple.

CONCUBIN :

Personne avec laquelle Vous vivez en *Concubinage* :
- exerçant ou non une activité professionnelle, et relevant d'un *Régime obligatoire de protection sociale*,
- dans la mesure où Vous et votre *Concubin* partagez le même domicile, êtes libres de tout autre lien de même nature (c'est à dire que chacun est célibataire, veuf, divorcé et n'est pas engagé dans les liens d'un *Pacte Civil de Solidarité – PACS*), et qu'une déclaration sur l'honneur signée par chacun des intéressés certifiant que le *Concubinage* est notoire et indiquant votre numéro de *Sécurité sociale* et celui de votre *Concubin* est adressée à l'assureur.

En cas de *Concubins* multiples, seul le *Concubin* qui se trouve à votre charge effective totale et permanente sera pris en considération. À défaut, ou en cas de pluralité de *Concubins* répondant à cette dernière définition, seul le plus âgé, sera retenu.

Si Vous vous mariez ou remariez, ou si Vous concluez un *PACS*, le *Concubin* n'est plus considéré comme *Ayant droit.*
L'assureur se réserve la possibilité de demander toute preuve de la situation de *Concubinage*, notamment une attestation du *Régime obligatoire de protection sociale* ainsi que toutes pièces libellées au nom des 2 *Concubins* ou de chacun d'entre eux, de nature contractuelle ou émanant d'un organisme administratif, datées de moins de 3 mois et faisant mention du domicile, telles que contrat de bail, facture, relevé bancaire, avis d'imposition, permettant de justifier de l'existence du domicile commun.

CONJOINT :

Personne avec laquelle Vous êtes marié, non séparée de corps judiciairement, exerçant ou non une activité professionnelle et relevant d'un *Régime obligatoire de protection sociale français.*

CONSULTATION DE PSYCHOLOGUE PRISE EN CHARGE PAR LE RO :

Séance d'accompagnement psychologique réalisée par un psychologue dans le cadre d'un exercice libéral ou d'un exercice en centre de santé ou en maison de santé faisant l'objet d'une prise en charge par le *Régime obligatoire de protection sociale* dans le cadre de l'article L. 162-58 du Code de la Sécurité sociale.
Ces séances d'accompagnement psychologiques doivent être distinguées des actes ou frais de psychologues non pris en charge par le *Régime obligatoire de protection sociale.*

CONTRAT « SOLIDAIRE ET RESPONSABLE » :

Une Complémentaire santé est qualifiée de :
- « solidaire » lorsque s'agissant d'un contrat d'assurance de groupe, l'organisme assureur ne fixe pas les cotisations en fonction de l'état de santé des individus couverts,
- « responsable » lorsqu'elle répond aux conditions définies par l'article L871-1 du code de la Sécurité sociale et les textes publiés pour son application (articles R871-1 et R871-2 du code de la Sécurité sociale ; les dispositions de ce dernier figurent en Annexe N° 2 de la présente notice d'information).

Une Complémentaire santé « responsable » doit :
- prendre en charge l'intégralité du *Ticket modérateur* (exception possible pour certains frais ou actes énumérés à l'Annexe N° 2 de la présente notice),
- prendre intégralement en charge dans la limite des prix limites de vente et *Honoraires* limites de facturation les frais d'acquisition d'*Aides auditives*, de lunettes (soit pour un équipement complet : une monture et deux verres) et de prothèses dentaires appartenant au panier « *100% Santé* » ;

Cette prise en charge doit intervenir dès le 1er janvier 2020 en ce qui concerne les frais d'acquisition de lunettes et certaines prothèses dentaires appartenant au panier « *100% Santé* » (couronnes, bridges et inlay core) à compter du 1er janvier 2021 en ce qui concerne les frais d'acquisition d'*Aides auditives* et de certaines autres prothèses dentaires appartenant au panier « *100 % Santé* » (prothèses amovibles).
- lorsqu'elle prévoit la prise en charge des *Dépassements d'honoraires* des médecins :
  - prévoir des montants de remboursement complémentaires inférieurs lorsque le médecin n'adhère pas à l'un des *DPTAM* définis ci-après,
  - limiter en tout état de cause, le remboursement des *Dépassements d'honoraires* de ce médecin à un plafond spécifique ;
- prendre en charge le forfait journalier des établissements hospitaliers sans limitation de durée,
- lorsqu'elle prévoit la prise en charge des frais d'acquisition de lunettes (soit pour un équipement complet : une monture et 2 verres) n'appartenant pas au panier « *100% Santé* » au-delà de la *Base de remboursement* retenue par le *Régime obligatoire de protection sociale* : fixer le montant de son remboursement complémentaire à l'intérieur des planchers et plafonds de garantie (intégrant un remboursement plafonné de la monture) et respecter les fréquences de prise en charge de ces frais.
- lorsqu'elle prévoit la prise en charge des frais d'acquisition d'*Aides auditive*s n'appartenant pas au panier « *100% Santé* » au-delà de la *Base de remboursement* retenue par le *Régime obligatoire de protection sociale* : fixer le montant de son remboursement complémentaire dans la limite du plafond de remboursement prévu par la réglementation pour ces frais et respecter les fréquences de prise en charge de ces derniers.

La Complémentaire santé « responsable » doit également permettre à la personne assurée de bénéficier auprès de tous les professionnels de santé qui acceptent ce dispositif, d'un système de *Tiers Payant* tel que défini à l'article 18 ci-après.
En revanche, une Complémentaire santé « responsable » ne rembourse pas :
- **les majorations du *Ticket modérateur* appliquées à titre de sanction par le *Régime obligatoire de protection sociale*, lorsque l'assuré social ou l'un de ses *Ayants droit* âgé de 16 ans ou plus n'a pas choisi de *Médecin traitant* ou consulte un médecin hors parcours de soins,**
- **tout ou partie des *Dépassements d'honoraires* que certains médecins spécialistes sont autorisés à appliquer pour les consultations et actes réalisés hors *Parcours de soins coordonnés*,**
- **la participation forfaitaire, applicable pour chaque acte ou consultation réalisé par un médecin (à l'exclusion des actes ou consultations réalisés au cours d'une *Hospitalisation*) ainsi que pour tout acte de biologie médicale ainsi que prévu au II de l'article L160-13 du code de la Sécurité sociale.**
- **Les franchises applicables sur les médicaments, les actes paramédicaux et les frais de transport, ainsi que prévu au III de l'article L160-13 du code de la Sécurité sociale.**

DENTAIRE :

Ce terme désigne les actes et prestations bucco-dentaires réalisés par un chirurgien-dentiste, un orthodontiste ou un stomatologue et qui comprennent : les *Soins dentaires*, (consultation, détartrage…), les prothèses dentaires, l'*Orthodontie*, la *Parodontologie*, l'*Implantologie*…

DÉPASSEMENT D'HONORAIRES :

Part des *Honoraires* qui se situe au-delà de la *Base de remboursement* du *Régime obligatoire de protection sociale* et qui n'est jamais remboursée par ce dernier.

DEVIS :

Document établi par certains professionnels de santé, présentant les soins ou les prestations proposés et leur prix, de manière préalable à leur achat ou à leur réalisation.

DISPOSITIFS DE PRATIQUE TARIFAIRE MAÎTRISÉE - DPTAM (OPTION PRATIQUE TARIFAIRE MAÎTRISÉE - OPTAM / OPTION PRATIQUE TARIFAIRE MAÎTRISÉE ANESTHÉSIE, CHIRURGIE ET OBSTÉTRIQUE - OPTAM-ACO) :

Ces dispositifs prennent aujourd'hui la forme de deux options de pratiques tarifaires maîtrisées (OPTAM et OPTAM-ACO) qui sont des options ouvertes à certains médecins par la convention avec l'assurance maladie obligatoire pour les accompagner dans la limitation des pratiques excessives de *Dépassement d'honoraires*. En adhérant à cette option, les professionnels de santé s'engagent à limiter leurs *Dépassements d'honoraires* dans des conditions établies par la convention.
L'option de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM) est ouverte à tous les médecins autorisés à facturer des *Dépassements d'honoraires* (secteur 2) et à certains médecins du secteur 1 (les médecins de secteur 1 titulaires des titres requis pour accéder au secteur 2 et installés avant le 1er janvier 2013).
L'option de pratique tarifaire maîtrisée, en anesthésie, chirurgie et obstétrique (OPTAM-ACO) est ouverte aux médecins de secteur 2 et à certains médecins de secteur 1 exerçant une spécialité chirurgicale ou de gynécologie obstétrique.
Pour savoir si un médecin a adhéré à l'OPTAM ou l'OPTAM-ACO, le site annuairesante.ameli.fr est à la disposition de tous.

ENFANT À CHARGE :

Votre enfant et/ou celui de votre *Conjoint*, *Partenaire* ou *Concubin*, âgé de moins de 26 ans (calculé par différence de millésime), n'exerçant aucune activité professionnelle, relevant d'un *Régime obligatoire de protection sociale* français et à votre charge au sens du code général des impôts (c'est-à-dire entrant en considération pour la détermination du nombre de parts pour le calcul de l'impôt sur le revenu). À compter de 21 ans et plus, la charge fiscale devra être justifiée à l'assureur par tout moyen probant (avis d'imposition notamment).

ENVOI RECOMMANDÉ ÉLECTRONIQUE :

équivalent à l'envoi par lettre recommandée dès lors qu'il satisfait aux exigences de l'article L.100 du code des postes et communications électroniques.

EVOLUTION DE LA VUE :

la justification d'une *Evolution de la vue* (selon les seuils définis par la réglementation et figurant dans la liste mentionnée à l'article L.165-1 du code de la Sécurité sociale) entraînant la prise en charge par le *Régime obligatoire de protection sociale* et l'assureur d'une paire de lunettes (soit une monture et deux verres) *par période d'un an* au lieu de deux pour les adultes et enfants de 16 ans et plus, et sans délai, uniquement pour les verres, pour les enfants de moins de 16 ans résulte :

- soit de la prescription médicale précisant le changement de la correction,
- soit, dans le cadre d'un renouvellement des lunettes avec adaptation à la vue par l'opticien, du *Devis* ou de la facturation qu'il réalise et qui précise la nouvelle correction. Celle-ci doit être comparée à la correction du dernier équipement ayant fait l'objet, pour la personne considérée, d'un remboursement par la complémentaire santé.

Par ailleurs, pour tous les assurés, aucun délai de renouvellement minimal des verres n'est applicable en cas *d'Evolution de la vue* liée à une situation médicale particulière entrant dans la liste des cas de renouvellements anticipés autorisés fixée à l'article L.165-1 du code de la Sécurité sociale, sous réserve que cette évolution fasse l'objet d'une nouvelle prescription médicale.

HONORAIRES :

Il s'agit de la rémunération d'un professionnel de santé libéral.
Les *Honoraires* peuvent être perçus dans un établissement hospitalier (en clinique ou dans le cadre du secteur privé à l'hôpital) ou dans un cabinet.
Les *Honoraires* médicaux (perçus par les médecins et les sages-femmes) se distinguent des *Honoraires* paramédicaux (perçus par les professionnels paramédicaux).

HONORAIRE LIMITE DE FACTURATION (HLF) :

Montant maximum pouvant être facturé par un chirurgien-dentiste conventionné avec l'assurance maladie obligatoire pour un acte donné.

HOSPITALISATION :

Séjour comportant au moins une nuitée dans un établissement de santé (public ou privé) en vue du traitement médical ou chirurgical d'une *Maladie*, d'un *Accident* ou d'une *Maternité*.
L'*Hospitalisation* à domicile (HAD) constitue une alternative à l'*Hospitalisation* classique et permet d'assurer des soins chez le patient.

HOSPITALISATION AMBULATOIRE :

Séjour d'une durée inférieure à 24 heures consécutives et sans nuitée dans un établissement de santé (hôpital, clinique), le patient arrivant et repartant le même jour (Synonyme : *Hospitalisation* de jour).

IMPLANTOLOGIE DENTAIRE :

L'*Implantologie dentaire* vise à remplacer une ou plusieurs dents manquantes en mettant en place une ou des racines artificielles (en général sous forme de vis) dans l'os de la mâchoire, sur lesquelles est ensuite fixée une prothèse. Hormis la prothèse, l'*Implantologie* n'est pas remboursée par le *Régime obligatoire de protection sociale*.

INLAYS ET ONLAYS :

Techniques permettant de reconstruire la dent tout en la gardant vivante. Dans le cas de caries de volume important, la réalisation d'un inlay ou d'un onlay permet souvent d'éviter de réaliser une prothèse dentaire. Les *Inlays et onlays* ne sont pas des prothèses.

MALADIE :

Toute altération de l'état de santé constatée par une autorité médicale compétente.

MATÉRIEL MÉDICAL :

Biens médicaux figurant sur la Liste des Produits et Prestations (LPP) remboursables par le *Régime obligatoire de protection sociale*.
Il s'agit notamment de matériels d'aide à la vie ou nécessaires à certains traitements : pansements, orthèses, attelles, prothèses externes, fauteuils roulants, lits médicaux, béquilles…
Synonyme : dispositifs médicaux (DM), appareillage (petit ou grand)

MATERNITÉ :

Grossesse non pathologique, accouchement et ses suites. La *Maternité* n'est considérée ni comme une *Maladie*, ni comme un *Accident*.

MÉDECIN TRAITANT :

Médecin généraliste ou spécialiste choisi par l'assuré social ou par chaque *Ayant droit* âgé de 16 ans ou plus ou encore par l'un des deux parents ou le titulaire de l'autorité parentale pour les *Ayants droit* âgés de moins de 16 ans, et dont le nom est communiqué à l'organisme gestionnaire du *Régime obligatoire de protection sociale* de chacun des intéressés.

MÉDECIN CORRESPONDANT :

Médecin intervenant en coordination avec le *Médecin traitant*.

MÉDECIN À ACCÈS DIRECT AUTORISÉ :

Pour certains actes précisés relevant de leur spécialité, les gynécologues, ophtalmologues et stomatologues ainsi que les psychiatres ou neuropsychiatres pour les patients âgés entre 16 et 25 ans, peuvent être consultés sans orientation préalable du *Médecin traitant* tout en restant dans le *Parcours de soins coordonnés*.

NOMENCLATURE :

Les *Nomenclatures* définissent les actes, produits et prestations qui sont pris en charge par le *Régime obligatoire de protection sociale* et les conditions de leur remboursement. Les principales *Nomenclatures* sont les suivantes :

- pour les actes cliniques (consultations, visites) des sages-femmes, des chirurgiens-dentistes et des médecins ainsi que pour les actes des *Auxiliaires médicaux* et les actes d'*Orthodontie* : la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP),
- pour les actes techniques médicaux et paramédicaux (actes de chirurgie, anesthésie…) : la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM),
- pour les actes de biologie médicale : la Nomenclature des Actes de Biologie Médicale (NABM),
- pour les biens médicaux hors médicaments (appareillage…) : la Liste des Produits et Prestations (LPP),
- pour les soins hospitaliers : Les Groupes Homogènes de Séjours (GHS).

NOUS :

Groupama Gan Vie, assureur du contrat ou APRIL Santé Prévoyance dans le cadre de la gestion administrative de votre adhésion au contrat.

OPTIQUE :

Les équipements *Optique* sont des dispositifs médicaux qui permettent de corriger les troubles de la vue tels que l'hypermétropie, l'astigmatisme, la myopie ou encore la presbytie. Il peut s'agir de lunettes (une monture + 2 verres) ou de lentilles. La *Chirurgie réfractive* permet également de corriger certains troubles visuels.
Depuis le 1er janvier 2020, les équipements entrant dans le panier « *100% Santé* » sont remboursés intégralement par un contrat Complémentaire santé responsable, en sus du remboursement du *Régime obligatoire de protection sociale*, dans la limite des prix maximum que les opticiens s'engagent à respecter. L'offre « *100% Santé* » n'est pas exclusive : il est possible d'opter pour un équipement « mixte » composé de verres de l'offre « *100% Santé* » et d'une monture « Hors *100% Santé* », ou inversement.

ORTHODONTIE :

Discipline médicale pratiquée par les médecins stomatologues ou les chirurgiens-dentistes. Elle vise à corriger ou à prévenir les déformations ou les malocclusions des arcades dentaires, ainsi que les malpositions dentaires (dents qui se chevauchent, qui sortent mal, qui sont mal placées ou trop espacées…), grâce à des appareils dentaires.

PACTE CIVIL DE SOLIDARITÉ – PACS :

Un *Pacte civil de solidarité* est un contrat conclu par deux personnes physiques majeures, de sexe différent ou de même sexe, pour organiser leur vie commune (article 515-1 du code civil).

PARCOURS DE SOINS COORDONNÉS :

Circuit que les patients doivent respecter (hors *Hospitalisation*) pour bénéficier d'un suivi médical coordonné et être remboursé normalement, sans application de sanctions. Organisé autour du *Médecin traitant*, le parcours de soins concerne tous les bénéficiaires d'un *Régime obligatoire de protection sociale* âgés de plus de 16 ans.
Un patient est considéré comme étant toujours dans le parcours de soins, lorsque se trouvant dans un cas d'urgence et/ou d'éloignement géographique de son lieu de résidence habituelle, ainsi que prévu à l'article L162-5-3 du code de la Sécurité sociale, il consulte un autre médecin que son *Médecin traitant*.

PARODONTOLOGIE :

Les Maladies parodontales sont des infections bactériennes qui affectent et détruisent les tissus qui entourent et supportent les dents (la gencive, les ligaments, l'os qui supporte les dents...). Le traitement de *Parodontologie* vise à rétablir et à maintenir la santé de ces tissus. Le *Régime obligatoire de protection sociale* ne rembourse qu'une partie de ces traitements.

PARTENAIRE :

Personne avec laquelle Vous êtes lié(e) par un *PACS [Un Pacte civil de solidarité est un contrat conclu par deux personnes physiques majeures, de sexe différent ou de même sexe, pour organiser leur vie commune (article 515-1 du code civil)]*, bénéficiant d'un *Régime obligatoire de protection sociale*.

PERSONNES ASSURÉES :

Vous-même et le cas échéant, vos *Ayants droit* inscrits au contrat.

RÉGIME OBLIGATOIRE / SÉCURITÉ SOCIALE :

Le *Régime obligatoire de Sécurité sociale* français ou Mutualité sociale agricole ou tout autre régime spécial français légalement obligatoire de garanties sociales de salariés. Il est rappelé que le *Régime obligatoire de protection sociale* de Travailleur non-salarié n'est pas pris en considération.

SECTEUR CONVENTIONNÉ :

L'ensemble des professionnels de santé ayant adhéré à la convention passée entre leurs représentants et l'assurance maladie obligatoire et pratiquant des tarifs contrôlés.
On peut distinguer les professionnels du secteur 1 qui s'engagent à respecter les bases de remboursement de l'assurance maladie obligatoire. De ceux du secteur 2 qui sont autorisés par convention à dépasser les bases de remboursement de l'assurance maladie obligatoire.

SECTEUR NON CONVENTIONNÉ :

L'ensemble des professionnels de santé qui pratiquent des tarifs libres (plus élevés que les conventionnés).

SOINS DENTAIRES :

Ensemble des actes du chirurgien-dentiste ou du stomatologue qui contribuent à la prévention et aux premiers soins à apporter en cas de problème *Dentaire* : il s'agit des consultations, des soins conservateurs tels que le détartrage ou le traitement d'une carie, mais aussi des soins chirurgicaux essentiels.
Le praticien conventionné a l'obligation de respecter les tarifs fixés par l'assurance maladie obligatoire française pour ces soins, pour lesquels il ne peut donc pas pratiquer de *Dépassements d'honoraires* (hormis pour les *Inlays-onlays*).

SOINS COURANTS :

Ensemble des prestations de soins dispensées par des professionnels de santé en dehors des cas d'*Hospitalisation* ou d'hébergement dans des établissements de santé ou médico-sociaux.
Il s'agit par exemple des consultations en cabinet libéral ou en centre de santé, examens en laboratoire de biologie, actes de radiologie en cabinet, *Soins dentaires*...
Les consultations dispensées à l'hôpital en dehors des situations d'*Hospitalisation* (dites aussi consultations en soins externes) sont généralement considérées comme des soins de ville.
Synonymes : soins ambulatoires, soins de ville, médecine de ville, médecine ambulatoire, médecine de premier niveau, soins primaires.

TÉLÉMÉDECINE :

Relèvent de la *Télémédecine* les actes médicaux, réalisés à distance, au moyen d'un dispositif utilisant les technologies de l'information et de la communication. Constituent, entre autres, des actes de *Télémédecine* effectués par un professionnel médical :

- la téléconsultation, qui est une consultation à distance. Il convient de distinguer la téléconsultation médicale prise en charge par le *Régime obligatoire de protection sociale* pour laquelle les assureurs interviennent en complément, de celle qui peut être incluse dans les services proposés par l'assureur, indépendamment de la *Sécurité sociale* ;
- la télé-expertise, qui permet à un professionnel médical de solliciter à distance l'avis d'un ou de plusieurs professionnels médicaux sur la prise en charge d'un patient. ;
- la télésurveillance médicale, qui permet à un professionnel médical d'interpréter à distance les données nécessaires au suivi médical d'un patient.

TICKET MODÉRATEUR :

Participation restant à la charge de l'assuré, telle que définie au I de l'article L.160-13 du Code de la Sécurité sociale. Elle est égale :

- soit à la différence entre la base de remboursement retenue par le Régime obligatoire de protection sociale et le montant du remboursement dû par ce Régime (avant application sur ce montant de la participation forfaitaire ou d'une franchise) ;
- soit à une somme forfaitaire, pour certains actes dits « lourds » ou lors d'un passage non programmé dans une structure des urgences d'un établissement de santé non suivi d'une hospitalisation.

Le montant du ticket modérateur varie selon les actes ou traitements, la nature du risque concerné (maladie, maternité, accidents du travail…), ou selon que l'assuré est atteint d'une affection de longue durée (ALD)… Il est obligatoirement pris en charge par les contrats d'assurance maladie complémentaires responsables (sauf exceptions). La participation forfaitaire, les franchises, les dépassements d'honoraires s'ajoutent éventuellement au ticket modérateur, l'ensemble de ces sommes étant laissées à la charge de l'assuré par le *Régime obligatoire de protection sociale.*

TIERS PAYANT :

Système de paiement qui évite à l'assuré de faire l'avance des frais auprès des prestataires de soins. Ces derniers sont payés directement par le *Régime obligatoire de protection sociale* et/ou l'organisme assureur Complémentaire santé pour les soins ou produits qu'ils ont délivrés au patient.
Synonyme : dispense d'avance des frais.

TRANSPORT SANITAIRE :

Frais de transport d'une personne malade, blessée ou parturiente, à des fins de soins, de diagnostic, sur prescription médicale ou en cas d'urgence médicale, effectué à l'aide de moyens de transports terrestres, aériens ou maritimes, spécialement adaptés à cet effet.

VOUS :

L'*Adhérent* tel que défini ci-dessus.

Les définitions ci-dessus ont pour but d'aider les *Personnes assurées* par le contrat à mieux comprendre les garanties dont Vous bénéficiez au titre du contrat.
Les organismes d'assurance maladie complémentaires réunis au sein de l'UNOCAM (Union Nationale des Organismes d'Assurance Maladie Complémentaire) ont élaboré divers documents permettant de mieux comprendre les contrats Complémentaire santé.
Ces documents peuvent être librement consultés sur le site internet de l'UNOCAM, à l'adresse suivante : http://www.unocam.fr

Titre II- Exécution du contrat

Article 3 - Adhésion des membres de l'association contractante

1. ADHÉSION

L'adhésion au contrat est réservée aux membres de l'association contractante tels que définis à l'article 2, demandant à adhérer au contrat.

2. MODALITÉS D'ADHÉSION

Pour adhérer au contrat, Vous devez :

- répondre aux conditions figurant à l'article 2 au paragraphe « Adhérent »,
- remplir et Nous retourner une demande d'adhésion précisant les nom et prénoms des personnes à garantir et comportant une autorisation de prélèvement, et fournir les renseignements concernant le niveau de garanties demandé.

Vous devez en parallèle fournir :

- votre code IBAN pour le versement des prestations et le prélèvement des cotisations le cas échéant,
- l'attestation d'assuré social pour Vous-même ainsi que pour chacun de vos *Ayants droit* inscrits au contrat.

Vous pouvez choisir de signer la demande d'adhésion papier, ou choisir d'adhérer au contrat par voie électronique sur le site internet d'APRIL. Dans ce dernier cas, les documents d'information précontractuelle sont portés à votre connaissance avant la signature de votre demande d'adhésion.

Par votre signature, de la demande d'adhésion papier ou par voie électronique, Vous manifestez votre accord sur les conditions du contrat dont Vous avez au préalable pris connaissance et Vous engagez sur l'exactitude de l'ensemble de vos déclarations.

La personne dont l'adhésion au contrat est acceptée est ci-après dénommée « *Adhérent* ».

L'adhésion est constatée par l'émission d'un *Certificat d'adhésion* qui complète la présente notice d'information et son Annexe N° 2 « Tableau des garanties ».

Le *Certificat d'adhésion* indique notamment :
- la date d'effet de l'adhésion,
- le nom des personnes garanties au titre de l'adhésion,
- le niveau de garanties souscrit,
- la cotisation correspondante.

Article 4 - Date d'effet, durée, reconduction et résiliation de l'adhésion

1. DATE D'EFFET - DURÉE

L'adhésion prend effet à la date indiquée sur le *Certificat d'adhésion* et au plus tôt au lendemain de la date de :
- réception de la demande d'adhésion par l'assureur, en cas d'adhésion par papier ;
- signature électronique de la demande d'adhésion, en cas d'adhésion par voie électronique.

2. RECONDUCTION - RÉSILIATION

L'adhésion est souscrite pour une première période se terminant le 31 décembre de l'année au cours de laquelle elle a pris effet.

L'adhésion **se reconduit tacitement le 1er janvier de chaque année pour des périodes successives d'un an, sauf résiliation, par l'une des parties.**

Vous pouvez dénoncer votre adhésion par lettre, courrier électronique, ou à défaut, tout autre moyen prévu à l'article L113-14 du code des assurances :
- 2 mois au moins avant chaque date de reconduction de l'adhésion au contrat, conformément à l'article L113-12 du code des assurances, soit le 31 octobre pour un effet au 31 décembre, à 24 heures,
- à tout moment, à compter d'un an d'assurance révolu conformément à l'article L113-15-2 du code des assurances, pour un effet un mois après la date d'expédition ou de remise de la notification à l'assureur.

Autres cas de résiliation

Nous pouvons également dénoncer votre adhésion au contrat conformément aux dispositions prévues :
- en cas de refus de la modification proposée par l'assureur (article 12),
- en cas de non paiement des cotisations (article 11),
- en cas de refus de l'évolution de la cotisation proposée par l'assureur en application de la clause d'ajustement annuel (article 11.2).
- en cas de constat d'une fausse déclaration (article 16.3).

En outre, en cours d'adhésion, vos droits et obligations peuvent être modifiés par des avenants au contrat conclus entre l'association contractante et l'assureur. Vous serez dans ce cas informé des modifications, trois mois au moins avant la date prévue pour leur entrée en vigueur. Si Vous n'acceptez pas ces modifications, Vous pouvez, dans un délai d'un mois à compter de la date à laquelle Vous avez été informé, dénoncer votre adhésion par lettre, courrier électronique, ou à défaut, tout autre moyen prévu à l'article L.113-14 du code des assurances.

Article 5 - Personnes garanties

Selon votre choix et sous réserve du paiement des cotisations correspondantes, les garanties du contrat sont accordées à Vous-même, votre *Conjoint*, *Partenaire* du *PACS* ou *Concubin* tel que défini à l'article 2, et vos *Enfants à charge* au sens de l'article 2.

L'inscription au contrat de vos *Ayants droit* (*Conjoint*, *Partenaire* du *PACS* ou *Concubin* et *Enfants à charge*) est laissée, et ce pour chacun d'entre eux individuellement, à votre libre choix.

En tout état de cause, dans tous les cas, Vous et l'ensemble de vos *Ayants droit* inscrits au contrat devez bénéficier du même niveau de garanties.

Il est précisé que :
- Vous pouvez demander l'inscription de certains ou de l'ensemble de vos *Ayants droit*, postérieurement à votre adhésion au contrat, dans les conditions définies au paragraphe 3 de l'article 6 ci-après.
- seuls seront pris en compte les *Ayants droit* nominativement inscrits à l'adhésion au contrat, pour lesquels, en outre, la cotisation nécessaire à leur prise en charge est payée à l'assureur.

Article 6 - Prise d'effet de l'inscription au contrat et des garanties - Changement du niveau de garanties - Modification des Ayants droit

1. PRISE D'EFFET DE L'INSCRIPTION AU CONTRAT

En ce qui Vous concerne, l'inscription prend effet à la même date que l'adhésion au contrat.

L'inscription de vos *Ayants droit* prend effet :
- à la même date que pour Vous-même, lorsque Vous demandez l'inscription des intéressés concomitamment à votre propre adhésion au contrat,
- le lendemain de la date de la modification de situation de famille (mariage, conclusion d'un *Pacte civil de solidarité*, ...) ou de naissance d'enfants,
- à la date du terme normal d'une garantie antérieure couvrant les *Ayants droit*,
  sous réserve dans ces deux derniers cas, que cette modification ait été portée à notre connaissance dans un délai de deux mois suivant la date de la modification,
- au 1er janvier suivant dans les autres cas ou lorsque le délai de deux mois précité n'aura pas été respecté.

2. PRISE D'EFFET DES GARANTIES

Les garanties prennent effet pour chaque *Adhérent* et le cas échant pour ses *Ayants droit*, à la date d'adhésion au contrat et/ou d'inscription à celle-ci, telles que prévues ci-dessus.

Il est précisé que Nous ne prenons en charge, tant pour Vous-même que pour vos *Ayants droit*, que les dépenses réalisées au titre d'actes prescrits à compter de la date d'effet des garanties.

3. CHOIX ET CHANGEMENT DU NIVEAU DE GARANTIES - MODIFICATION DES AYANTS DROIT

Toute modification de votre contrat est soumise à étude et acceptation préalable de la part d'APRIL. Les modifications seront effectives à la date figurant sur votre nouveau *Certificat d'adhésion.*

Vous pouvez demander en cours d'adhésion :
- à modifier vos *Ayants droit* inscrits au titre de l'adhésion au contrat, en cas de modification, dûment justifiée de votre situation de famille (en cas de mariage, de conclusion d'un *PACS*, de *Concubinage*, de divorce, rupture du *PACS*, ou cessation du *Concubinage*, décès de votre *Conjoint*, *Partenaire* du *PACS* ou *Concubin*, naissance d'enfant,...) ou si la demande a pour cause le terme d'une garantie antérieure couvrant les *Ayants droit*, **sous réserve que la demande en soit faite dans les 2 mois suivant la date de cette modification.**

Ce changement qui donnera lieu à l'établissement d'un nouveau *Certificat d'adhésion* au contrat prendra effet :
- dans les conditions du paragraphe 1) en cas d'inscription d'un nouvel *Ayant droit*,
- dans les conditions prévues à l'article 7 en cas de radiation d'un *Ayant droit*. **Il est rappelé que dans ce cas, l'assureur se réserve le droit de réclamer toutes prestations indûment versées postérieurement à la date de modification de la situation de famille.**

Ultérieurement, Vous conservez également la **possibilité de résilier votre adhésion au contrat** tant pour Vous-même que pour vos *Ayants droit* éventuellement inscrits au contrat :
- **en cas de modification, dûment justifiée, de votre situation de famille** (en cas de mariage, de conclusion d'un *PACS*, de *Concubinage*, de divorce, rupture du *PACS* ou cessation du *Concubinage*, décès de votre *Conjoint*, *Partenaire* du *PACS* ou *Concubin*, naissance d'enfant, ...), **sous réserve que la demande en soit faite dans les 2 mois suivant la date de cette modification,**
- **ou à effet du 1er janvier d'un exercice civil.**

Cette demande, pour être recevable, devra intervenir dans les conditions de forme et délais mentionnées à l'article 4.

Article 7 - Cessation de l'adhésion - Cessation des garanties

1. CESSATION DE L'ADHÉSION

Votre adhésion au contrat cesse :
- à la date d'effet de la résiliation de votre adhésion au contrat telle que mentionnée à l'article 4 - DATE D'EFFET, DURÉE, RECONDUCTION ET RÉSILIATION DE L'ADHÉSION,

- à la date de résiliation du contrat conclu entre l'association contractante et l'assureur, dans les conditions mentionnées en Préambule,
- à la date à laquelle Vous cessez d'être membre de l'association contractante, cette dernière devant en aviser l'assureur dans un délai d'un mois,
- si Vous bénéficiez à titre obligatoire d'un régime complémentaire d'entreprise, de même nature, le dernier jour du mois civil au cours duquel Vous en avez apporté la preuve à l'assureur,
- à la date à laquelle Vous cessez de bénéficier de votre *Régime obligatoire de protection sociale*,
- dans les conditions prévues au 3 de l'article 11 si les cotisations Vous concernant ne sont pas réglées.

La cessation de votre adhésion au contrat emporte cessation de l'inscription de vos éventuels *Ayants droit*. Vous êtes chargé d'en informer vos *Ayants droit* le cas échéant.

2. CESSATION DES GARANTIES

Les garanties du contrat prennent fin pour Vous et vos *Ayants droit* à la date de la cessation de l'adhésion, telle qu'elle est prévue ci-dessus.

Il est précisé que les garanties cessent en tout état de cause pour vos *Ayants droit* :

- à la date de cessation de votre adhésion au contrat. Toutefois, cette disposition n'est pas applicable en cas de décès, votre *Conjoint*, *Partenaire* ou *Concubin* survivant pouvant demander à acquérir la qualité d'*Adhérent* au contrat, sous réserve d'en faire la demande à l'assureur dans les 2 mois suivant la date de votre décès.
- à la date de modification de votre situation de famille, à savoir :
  Pour votre *Conjoint* : à la date du jugement définitif en cas de divorce ou de séparation de corps,
  ou votre *Partenaire* : à la date de rupture du *PACS*,
  ou votre *Concubin* : à la date à laquelle cesse le *Concubinage*.
  Pour vos enfants : dès qu'ils cessent d'être à charge au sens du contrat.
- si les cotisations nécessaires à la prise en charge du ou des *Ayants droit* ne sont pas réglées (sous réserve de la mise en œuvre des modalités prévues à l'article L.141-3 du code des assurances à l'égard de *l'Adhérent*) ;

Il est précisé que l'assureur ne prend en charge, tant pour Vous-même que pour vos *Ayants droit*, que les dépenses d'actes réalisés ou engagés antérieurement à la date de cessation des garanties.

Article 8 - Information des adhérents

Il est rappelé que la présente notice d'information valant conditions générales établie par l'assureur est remise à *l'Adhérent* avec le *Certificat d'adhésion* prévu à l'article 3.

Il incombe à l'association contractante d'informer par écrit les *Adhérents* des modifications éventuelles qui seraient apportées à leurs droits et obligations, conformément à l'article L141-4 du code des assurances, trois mois au minimum avant la date prévue pour leur entrée en vigueur. D'un commun accord entre l'assureur et l'association contractante, il est convenu que cette dernière donne mandat à l'assureur pour établir et adresser cette information.

Article 9 - Gestion administrative de l'adhésion

La gestion de l'adhésion est confiée à APRIL. L'ensemble des documents relatif à l'adhésion peut donc être transmis directement à APRIL.

Comment s'adresser à APRIL ?

Vous pouvez formuler toute demande de modification et de remboursement ou transmettre tout document via Votre Espace Assuré ou par courrier à l'une des adresses suivantes :

- Demande relative au règlement des prestations : APRIL Santé Prévoyance - Service Prestations - 69452 Lyon Cedex 06
- Toute autre demande relative à l'adhésion : APRIL Santé Prévoyance - Service Adhésion Santé - 12 rue Juliette Récamier CS15555 - 69452 LYON CEDEX 06.

L'Espace Assuré

APRIL met à votre disposition un espace client sécurisé.

Il s'agit d'un espace sécurisé dont l'accès est protégé par un identifiant et un mot de passe personnels, disponible sur https://monespace.april.fr.

L'accès à l'espace client sécurisé se fait au moyen d'un code d'accès composé d'un identifiant et d'un mot de passe. L'identifiant et les modalités de connexion Vous sont adressés, de façon sécurisée, sur la base des éléments d'identification fournis par vos soins, lors de votre adhésion au contrat «Complémentaire Senior GAN».

Ce code d'accès confidentiel, strictement personnel, a pour fonction de Vous identifier permettant ainsi de garantir votre habilitation à consulter et à gérer votre adhésion au contrat dans l'espace client.

Vous vous engagez à assurer la confidentialité de votre code d'accès.

En cas de perte ou de vol du code d'accès confidentiel, Vous devez impérativement et sans délai en informer APRIL, afin qu'un nouveau mot de passe vous soit attribué.

Les conséquences directes ou indirectes résultant de l'absence d'opposition ou d'une opposition tardive seront de votre responsabilité exclusive.

En cas de négligence de votre part, Vous êtes seul responsable de la consultation ou de l'accomplissement d'opérations de gestion résultant de l'utilisation frauduleuse, détournée ou non autorisée par un tiers de votre code d'accès confidentiel.

L'assureur attire votre attention sur les éventuelles attaques informatiques susceptibles d'arriver sur tout site Internet et notamment celles de type « phishing ». Le « phishing » ou hameçonnage, est une forme d'attaque informatique consistant à faire croire à l'utilisateur victime qu'il est contacté par un tiers de confiance – banque, administration, assureur, etc. – afin de lui soutirer des données confidentielles : mot de passe, numéro de carte de crédit, etc..

L'assureur et/ou APRIL n'utilisent jamais la messagerie électronique pour Vous demander vos coordonnées personnelles (mot de passe en particulier).

Les rubriques dédiées de l'Espace Assuré Vous permettent de consulter vos documents contractuels, les échanges avec les services de gestion d'APRIL et d'avoir accès à vos données personnelles et remboursements ou demandes de remboursement.

Des formulaires sont disponibles en ligne afin de permettre d'effectuer chacune des demandes de modifications concernant votre adhésion au contrat «Complémentaire Senior GAN», notamment les changements de niveau de garanties, les modifications d'*Ayant droit*, les modifications d'IBAN (concernant le prélèvement des cotisations ou le versement des prestations).

Comment APRIL s'adresse à Vous dans le cadre de la gestion de votre adhésion ?

Les informations relatives à l'exécution de votre adhésion pourront Vous être transmises par APRIL à l'adresse email que Vous aurez communiquée. Vous pouvez à tout moment demander, par écrit, à APRIL de cesser ce mode de communication. De plus, l'ensemble des documents liés à votre adhésion seront consultables sur Votre Espace Assuré.

En cas de changement d'adresse postale et/ou électronique, Vous devez avertir APRIL dans les plus brefs délais. À défaut, les courriers ou courriels transmis à la dernière adresse connue produiront tous leurs effets.

Article 10 - Réclamation - Médiation - Protection des données personnelles - Dématérialisation des échanges relatifs au contrat d'assurance - Lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme

1. RÉCLAMATION - MÉDIATION

Pour toute réclamation, vous pouvez vous adresser au Service Réclamations en complétant le formulaire réclamation disponible sur l'espace assuré ou par mail : reclamations@april.com ou par courrier Service Réclamations – APRIL Santé Prévoyance – 12 rue Juliette Récamier - CS15555 - 69452 LYON CEDEX 06.

APRIL s'attachera à apporter une réponse sous dix (10) jours ouvrables suivant l'envoi de la première réclamation écrite et dans un délai de traitement maximal qui ne pourra excéder deux (2) mois.

Si le désaccord persiste, vous pouvez faire appel au Médiateur compétent.

Toute demande de médiation doit être précédée d'une réclamation écrite. Si la réponse apportée ne satisfait pas ou si aucune réponse n'a été apportée dans les deux (2) mois suivant l'envoi de la première réclamation écrite, vous pouvez saisir la Médiation de l'Assurance.

- Aucune action judiciaire ne doit avoir été engagée.
  Cette démarche n'empêche pas d'engager ultérieurement d'autres procédures de recours si vous le souhaitez.
- Le médiateur exerce sa mission gratuitement et en toute indépendance.
- Le médiateur doit être saisi dans un délai maximum de 1 an à compter de la date de la première réclamation.

Vous pouvez contacter la Médiation de l'Assurance :

- Par courrier : la Médiation de l'Assurance – TSA 50 110 – 75441 Paris cedex 09
- Ou par voie électronique en complétant un formulaire de saisine sur le site de la Médiation de l'Assurance : http://www.mediation-assurance.org/ Rubrique : Je saisis le Médiateur

Il est conseillé de s'adresser au Service Réclamations d'APRIL qui vous orientera au mieux et pourra vous fournir des informations sur la constitution du dossier de demande de médiation.

2. PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES

Des données à caractère personnel sont recueillies par l'assureur à différentes étapes de ses activités commerciales ou dans le cadre du contrat d'assurance, l'assureur et APRIL Santé Prévoyance collectent et traitent des données personnelles concernant les assurés au contrat, en qualité de responsables conjoints de traitement.

Pour en savoir plus sur ces traitements et sur les droits dont bénéficient les personnes concernées, il convient de consulter la Lettre d'Information sur les Traitements des Données Personnelles qui a été fournie lors du parcours d'adhésion au contrat d'assurance et qui est également accessible sur l'espace assuré.

Par ailleurs, nous vous informons que :

- L'assureur est seul responsable de certains traitements de données personnelles. Pour en savoir plus sur ces traitements et sur les droits des assurés, il convient de consulter sa Politique de protection des données personnelles sur le site internet : www.gan-eurocourtage.fr à la rubrique « Données personnelles ».

- APRIL Santé Prévoyance est seule responsable de certains traitements de données personnelles. Pour en savoir plus sur ces traitements et sur les droits des personnes concernées, il convient de consulter la Lettre d'Information sur les Traitements des Données Personnelles qui a été fournie lors du parcours d'adhésion au contrat d'assurance et qui est également accessible sur votre espace assuré.

Titre III - Cotisation

Article 11 - Cotisation

1. FIXATION ET PAIEMENT

Vos garanties sont accordées moyennant le paiement d'une cotisation annuelle déterminée, en euros, par personne assurée (Vous-même et vos *Ayants droit* inscrits au contrat), en fonction :
- de votre âge (calculé par différence de millésime) au 1er janvier de chaque année (âge atteint),
- du niveau de garanties retenu ;
- du *Régime obligatoire de protection sociale* de chaque assuré ;
- de votre département de résidence.

La première année d'adhésion, un prorata sera calculé sur la période comprise entre le 1er jour de l'adhésion et l'échéance suivante.

La cotisation cesse d'être due à la date de cessation de l'adhésion.

Toute taxe ou contribution de nature fiscale ou sociale qui deviendrait applicable au contrat et dont la récupération ne serait pas interdite, serait payable en même temps que la cotisation et viendrait majorer le montant à payer à l'assureur.

MODALITÉS DE PAIEMENT DES COTISATIONS

La cotisation est payable d'avance, en euros, selon la périodicité de règlement que Vous avez retenue indiquée sur votre appel de cotisation annexé à votre *Certificat d'adhésion*.

Lorsque Nous appelons directement les cotisations relatives à votre adhésion au contrat, il est nécessaire que Vous Nous fournissiez, un mandat ou autorisation de prélèvement dûment complété et signé ainsi que le Relevé d'Identité Bancaire correspondant.

Un échéancier Vous est délivré lors de votre adhésion au contrat, puis ultérieurement en décembre de chaque année pour l'année suivante et ce, tant que Vous continuerez *à être Adhérent* au contrat. Cet échéancier indiquera les références de votre compte bancaire sur lequel les cotisations sont prélevées, le montant exprimé en euros des cotisations ainsi que les dates auxquelles ces cotisations seront prélevées.

En outre, Vous **devrez nous faire, et ce, dans un délai de 10 jours civils maximum, la déclaration de toute modification relative à vos coordonnées bancaires,** accompagnée du nouveau mandat ou de l'autorisation de prélèvement dûment complété et signé et Relevé d'Identité Bancaire correspondant.

Par ailleurs, en cas de changement en cours d'année civile :
- du niveau de garanties retenu en raison d'un changement intervenu dans votre situation de famille ;
- du tarif applicable au titre de votre adhésion et/ou de l'inscription de vos *Ayants droit* au contrat ;
- ou de votre état civil (mariage, divorce, *PACS*, rupture du *PACS*) ;

Nous Vous adresserons un nouvel échéancier actualisé pour la période de garanties restant à courir jusqu'au 31 décembre de l'année en cours.

La demande d'adhésion au contrat est irrecevable dans les cas suivants :
- si votre **mandat ou autorisation de prélèvement et/ou** votre **Relevé d'Identité Bancaire** ne sont **pas joints** à la demande d'adhésion ou à la déclaration de changement de votre situation de famille ;
- si **ce mandat ou autorisation de prélèvement** est **incomplet** ;
- **si les coordonnées du compte figurant sur le Relevé d'Identité Bancaire et celles indiquées sur le mandat ou autorisation de prélèvement automatique** transmis à l'assureur ne sont pas identiques.

Ces documents ne seront pas exigés lors de la modification du niveau de garanties souscrit, sous réserve que les documents précédemment transmis demeurent valables.

2. AJUSTEMENT ANNUEL

Votre cotisation évolue contractuellement de deux et demi pour cent (2,5%) au 1er janvier de chaque année.

À ce taux, peut s'ajouter l'augmentation due à l'évolution constatée et anticipée de la consommation médicale du groupe assuré. La composition du groupe tient compte de l'année d'adhésion, de l'âge de chaque assuré, de la zone géographique de la résidence, de la composition de la famille assurée, du *Régime obligatoire de protection sociale* et des garanties souscrites.

À compter du jour où Vous avez connaissance d'une majoration de la cotisation, Vous aurez la possibilité de résilier votre adhésion au contrat dans un délai de 30 jours. À cet effet, Vous devez nous adresser une lettre, un courrier électronique ou, à défaut, tout autre moyen prévu à l'article L.113-14 du code des assurances. La résiliation prendra effet un mois après la date d'expédition ou de remise de la notification. Il est précisé que le prorata de cotisation afférent à la période de garantie jusqu'à la date de résiliation est calculé sur l'ancien tarif et demeurera exigible.

3. DÉFAUT DE PAIEMENT DE LA COTISATION

En application des dispositions de l'article L141-3 du code des assurances, l'association contractante doit, au plus tôt dix jours après la date d'échéance d'une cotisation ou d'une fraction de cotisation impayée, Vous adresser une lettre recommandée de mise en demeure. La lettre stipulera qu'à l'issue d'un délai de 40 jours à compter de l'envoi de cette lettre, Vous êtes exclu du contrat d'assurance en raison du non-paiement des cotisations.

D'un commun accord entre l'association contractante et nous, il est convenu que cette dernière nous donne mandat pour établir et adresser cette lettre recommandée.

Titre IV - Révision

Article 12 - Révision

Les garanties sont définies en prenant en considération la réglementation actuelle de la *Sécurité sociale*. Si ultérieurement une nouvelle réglementation ou des dispositions prises par l'UNCAM en application des dispositions législatives ou réglementaires alors en vigueur entraîne(nt) une modification des engagements de l'association contractante et/ou de l'assureur, les dispositions suivantes seront applicables en cours d'exercice, selon le contexte et les contraintes réglementaires :

- Lorsque la révision est motivée par la nécessité de conserver au contrat son caractère «responsable» : nous Vous indiqueront les modifications nécessaires pour maintenir au contrat son caractère «responsable» dans les conditions simplifiées définies à l'article L112-3 du code des assurances. En cas de refus formulé par écrit dans un délai de 30 jours à compter de la proposition, nous Vous adresserons une lettre recommandée Vous informant de la résiliation de votre adhésion au contrat.
- Lorsque la modification est motivée par d'autres évolutions de la législation ou réglementation de la *Sécurité sociale :* nous procéderons *à l'ajustement de la cotisation. Si* Vous ne donnez pas suite à la proposition de l'assureur ou refusez expressément la nouvelle cotisation, nous pouvons résilier votre adhésion au contrat, 10 jours après notification par lettre recommandée.

Titre V - Remboursements des frais Maladie - Maternité - Prévention et Santé au quotidien

Article 13 - Étendue territoriale des garanties - Nature des remboursements

1. ÉTENDUE TERRITORIALE DES GARANTIES

Les garanties s'exercent pour les frais de santé engagés en France à condition que le *Régime obligatoire de protection sociale* français les prenne en charge, sauf indication contraire au tableau des garanties.

Les frais engagés hors de France feront l'objet d'une prise en charge à condition que le *Régime obligatoire de protection sociale* français intervienne.

Si le *Régime obligatoire de protection sociale* français prend en charge les frais de santé engagés hors de France, ceux-ci seront pris en charge par l'assureur selon les garanties prévues au contrat. Dans ce cas, les remboursements seront effectués selon la *Base de remboursement* utilisée par le *Régime obligatoire de protection sociale* français et à hauteur des niveaux de remboursements prévus pour les médecins non-adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée.

2. NATURE DES REMBOURSEMENTS

L'assureur rembourse, dans les conditions prévues à l'article 14 et à l'Annexe N° 2 selon le niveau de garanties retenu, les frais donnant lieu à prestation en nature de la part du *Régime obligatoire de protection sociale* au titre de l'assurance ***Maladie*** et ***Maternité***.

Les actes pris en compte par l'assureur définis ci-après par référence aux *Nomenclatures* de la *Sécurité sociale* française, sont les suivants :

A - Hospitalisation
- *Honoraires*
- Actes chirurgicaux
- Frais de séjour
- Compris maintenant dans les Soins courants
- Forfait journalier des établissements hospitaliers (hors établissements médico-sociaux) laissé à la charge des assurés par le *Régime obligatoire de protection sociale* pour son montant fixé par l'arrêté prévu par l'article L174-4 du code de la Sécurité sociale

B – Soins courants
- *Honoraire*s médicaux
- *Honoraires* paramédicaux
- *Analyses et examens de laboratoire*
- Radiologie et petite chirurgie
- Médicaments : pharmacie prescrite prise en charge par le *Régime obligatoire de protection sociale*.
- *Matériel médical :* frais d'appareillage de prothèses (*hors Aides auditives, Optique et prothèses dentaires*), d'orthopédie (*y compris renouvellement, réparations, frais d'expédition du matériel et de déplacement de l'intéressé*).
- Frais de *Transport sanitaire* pris en charge par le *Régime obligatoire de protection sociale*
- Cures thermales prises en charge par le *Régime obligatoire de protection sociale* (y compris en cas d'*Hospitalisation*).

C – Aides auditives
- *Aides auditives* prescrites médicalement

D - Optique
- Frais de lunettes (verres et monture) et de lentilles prescrites médicalement (sauf exceptions prévues par le code de la Santé publique).
- Prestation d'adaptation de l'ordonnance médicale de verre correcteur par l'opticien lors du renouvellement de l'équipement

E – Dentaire (y compris actes de prévention)
- Frais de soins, d'inlays / onlays.
- Frais de prothèses dentaires (dont inlay core)
- Frais d'orthodontie.

Sous réserve de mention spéciale figurant à l'Annexe N ° 2 dans le cadre du niveau de garanties retenu, les actes ou frais énumérés ci-après sont également pris en charge :
- les frais de chambre particulière (*y compris en Hospitalisation ambulatoire*),
- les frais d'accompagnant (hébergement et nourriture) d'une personne assurée au titre du contrat hospitalisée, facturés par l'établissement hospitalier,
- les actes ou frais suivants non pris en charge par le *Régime obligatoire de protection sociale* :
  - les actes ou frais d'ostéopathie et de chiropraxie. Le praticien qui a effectué les actes doit satisfaire aux dispositions législatives et/ou règlementaires en vigueur : praticien ayant un titre exclusif et un code ADELI correspondant à l'une des 2 spécialités ci-dessus ou professionnel de santé ayant la qualité de médecin, *Auxiliaire médical*, sage-femme. En outre, les actes effectués doivent également satisfaire aux dispositions législatives et/ou règlementaires en vigueur. L'assureur ne peut être tenu pour responsable de l'aptitude du professionnel à pratiquer ces actes,
  - les actes ou frais d'acupuncture, d'étiopathie, d'hypnothérapie, consultations de psychologues, consultations ou frais d'homéopathie (ces actes doivent être effectués par des professionnels de santé appartenant au corps médical et/ou possédant un numéro d'enregistrement au répertoire ADELI délivré par l'Agence régionale de santé du lieu d'exercice).
  - les consultations diététiques. Ces actes doivent être effectués par un diététicien possédant un numéro d'enregistrement au répertoire ADELI délivré par l'Agence régionale de santé du lieu d'exercice.
  - les actes ou frais de luminothérapie, micro-kinésithérapie, naturopathie, réflexologie et sophrologie, sous couvert que les actes effectués satisfassent aux dispositions législatives et/ou réglementaires en vigueur ;
  - et lorsqu'ils sont prescrits médicalement :
    - médicaments,
    - les frais de vaccins,
    - les traitements d'aide au sevrage tabagique,
    - les lentilles correctrices figurant à la *Nomenclature,*
  - les frais de *Chirurgie réfractive*,
  - les frais de prothèses dentaires. **Toutefois, seuls les traitements liés à des soins curatifs sont pris en charge, tous ceux liés à une raison esthétique sont exclus. En outre, les frais de prothèses dentaires provisoires non prises en charge par le *Régime obligatoire de protection sociale* ne sont pas pris en charge par l'assureur.**
  - les frais de *Parodontologie* et *Implantologie*. **Toutefois, seuls les traitements liés à des soins curatifs sont pris en charge, tous ceux liés à une raison esthétique sont exclus.**
- les frais d'hébergement et de transport engagés lors d'une cure thermale prise en charge par le *Régime obligatoire de protection sociale*.

Article 14 - Montant des remboursements

Le remboursement des frais énumérés à l'article 13 est déterminé, acte par acte, par l'assureur et dans la limite des frais **réellement engagés**.

Le montant des remboursements de l'assureur est indiqué à l'Annexe N° 2 « Tableau des garanties ».

Il est rappelé que les montants minimum de remboursement ainsi que les limites et/ou montants maximum de remboursement, prévus par les critères définissant la notion de « *Contrat responsable* » indiqués à l'article 2, sont applicables dans le cadre du contrat.

Autres limites concernant le montant des remboursements :

- **En ce qui concerne les actes pour lesquels le *Dépassement d'honoraires* n'est pas autorisé, nous établissons votre remboursement sur la base du tarif retenu par le *Régime obligatoire de protection sociale* pour calculer votre prestation.**
- **En aucun cas, nous ne prenons en charge les *Dépassements d'honoraires* ne faisant pas l'objet d'une déclaration au *Régime obligatoire de protection sociale*.**
- **Notre prestation pour les actes médicaux et d'*Hospitalisation* engagés lors d'une cure thermale prise en charge par le *Régime obligatoire de protection sociale* est limitée au montant du *Ticket modérateur*.**

Assurances cumulatives :

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 votre charge ou celle de vos *Ayants droit* après les remboursements de toute nature auxquels ils ont droit et avant la prise en charge instaurée par l'article L861-3 du code de la Sécurité sociale.

Pour l'application des dispositions ci-dessus, les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit sa date de souscription.

Dans cette limite, Vous et votre *Ayant droit* pouvez obtenir l'indemnisation en Vous adressant à l'organisme de votre choix.

Sous peine de déchéance, Vous devez faire la déclaration des assurances cumulatives. cette obligation est valable pendant toute la durée de l'adhésion au contrat.

La limitation des remboursements au montant des frais réellement engagés est déterminée par l'assureur pour chaque poste ou acte garanti.

Disposition applicable dans chacun des cas de déchéance de garanties prévus ci-dessus :

Dans les cas de déchéance de garanties prévus ci-dessus, nous prendrons néanmoins en charge les frais et actes considérés à hauteur des montants minimum de prestations prévus par la réglementation applicable au *Contrat « responsable »*.

Article 15 - Risques exclus

Sauf mention spéciale figurant au Tableau des garanties figurant en Annexe N° 2, dans le cadre du niveau de garantie retenu, sont exclus :

- **les frais n'ouvrant pas droit aux prestations en nature du *Régime obligatoire de protection sociale* au titre de l'assurance Maladie ou de l'assurance Maternité (dont notamment les frais de prothèses dentaires provisoires non prises en charge par le régime précité)**
- **les frais ne figurant pas à la *Nomenclature* de la *Sécurité sociale*,**
- **les prothèses dentaires, l'*Implantologie* et la *Parodontologie* non prises en charge par le *Régime obligatoire de protection sociale* à des fins esthétiques.**

Article 16 - Réglement des prestations - Décheance des garanties - Fausses déclarations - Recours subrogatoire

1. RÈGLEMENT DES PRESTATIONS

a) Demandes de remboursement et versement des prestations

Les demandes de remboursement doivent, en application des dispositions du Préambule relatives à la prescription, nous être présentées dans un délai maximum de 2 ans suivant les soins ou la date de la facture *d'Hospitalisation*.

Les prestations dues par l'assureur au titre du contrat sont payables en euros.

b) Pièces justificatives

Sauf cas de télétransmission par l'organisme gestionnaire du *Régime obligatoire de protection sociale* dont relève la personne assurée, du décompte de ses prestations, notre remboursement intervient sur présentation :
- des bordereaux du *Régime obligatoire de protection sociale*,
- accompagnés d'une pièce justificative du montant des frais réels lorsqu'ils ne sont pas indiqués sur le bordereau délivré par ce régime ou lorsque celui-ci n'intervient pas.

Il est précisé que pour les actes ou frais refusés ou non pris en charge par le *Régime obligatoire de protection sociale* mais garantis au titre du contrat, notre remboursement est subordonné à la présentation de factures détaillées et de pièces justificatives complémentaires, dont la prescription médicale le cas échéant.

Toutefois, pour les actes et traitements dentaires à *Honoraires* libres ou ceux non pris en charge par le *Régime obligatoire de protection sociale* (les prothèses dentaires, l'*Implantologie*, la *Parodontologie*,...), notre remboursement est en tout état de cause subordonné à la fourniture :
- d'un *Devis* préalable au traitement,
- et de la note *d'Honoraires* détaillée suite au traitement.

Pour le remboursement des actes ou frais suivants :
- les actes ou frais d'ostéopathie, chiropraxie, acupuncture, étiopathie, hypnothérapie, pédicurie et podologie, luminothérapie, micro-kinésithérapie, naturopathie, réflexologie et sophrologie,
- les consultations ou frais de psychologues, homéopathie et consultations diététiques.

Notre intervention est subordonnée à la fourniture d'une facture acquittée établie sur papier à en-tête, indiquant les coordonnées du praticien consulté ou qui a effectués les actes, permettant ainsi de vérifier sa qualité ainsi que les nom et prénom de la personne soignée et la date de réalisation des soins.

c) Contrôle médical

L'assureur se réserve la possibilité de demander toutes autres justifications qui lui paraîtraient nécessaires, tout justificatif à caractère médical devant être adressé au médecin conseil ou au professionnel consultant de l'assureur, sous pli confidentiel.

L'assureur se réserve également la possibilité d'effectuer des contrôles, voire des expertises médicales effectuées par un professionnel de santé indépendant choisi par l'assureur dont les *Honoraires* sont à sa charge pour les *Frais dentaires*, l'*Optique*, l'*Hospitalisation*, les *Aides auditives*. Lors de ces contrôles ou expertises, la personne assurée pourra se faire assister, à ses frais, du professionnel de santé de son choix ou opposer les conclusions de son propre praticien.

Si Vous-même ou l'un de vos *Ayants droit* refuse de transmettre, les justificatifs réclamés ou refuse de se soumettre à l'expertise médicale que nous demandons, nous pourrons refuser la mise en jeu de la garantie et le remboursement des frais considérés.

En cas de contestation des conclusions de l'expertise, Vous-même ou l'un de vos *Ayants droit* devrez adresser au médecin conseil de l'assureur dans les 30 jours suivant la notification, sous enveloppe confidentielle, une lettre recommandée avec avis de réception mentionnant l'objet de la contestation et joindre les éléments médicaux argumentés. Si le désaccord persiste, il sera mis en place une expertise d'arbitrage comprenant, outre ces deux médecins, un troisième désigné par leurs soins ou s'ils n'ont pu s'accorder, par le président du tribunal de grande instance de la résidence de la personne assurée, sur requête de la partie la plus diligente. Chaque partie supporte les *Honoraires* de son médecin, ceux du troisième ainsi que les frais de sa désignation sont supportés à parts égales par les deux parties.

En cas de récupération de la part du *Régime obligatoire de protection sociale*, à la suite d'un contrôle de praticien effectué après un remboursement, nous nous réservons le droit de récupérer toutes prestations indûment réglées à Vous-même ou à votre *Ayant droit*, au titre du contrat.

2. DÉCHÉANCE DES GARANTIES

L'assureur pourra refuser le bénéfice des garanties à Vous-même et/ou le cas échéant vos Ayants droit affiliés dès lors qu'il constate que Vous -même et/ou le cas échéant vos Ayants droit, avez intentionnellement, soit effectué une fausse déclaration de sinistre impactant une garantie du contrat, soit fourni de faux renseignements ou utilisé des documents faux ou dénaturés à l'occasion d'une demande de règlement.

3. FAUSSES DÉCLARATIONS

Conformément aux dispositions de l'article L113-8 du code des assurances, l'adhésion au contrat est nulle en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle.

Conformément aux dispositions de l'article L113-9 du code des assurances, toute omission ou déclaration inexacte non intentionnelle dans la déclaration du risque entraîne :
- ***une augmentation de la cotisation ou la résiliation de l'adhésion au contrat si l'omission ou la déclaration inexacte est constatée avant tout sinistre ;***
- ***une réduction de l'indemnité en proportion du taux de cotisation qui aurait été réellement due par rapport à la cotisation payée et une résiliation de l'adhésion au contrat si l'omission ou la déclaration inexacte est constatée après le sinistre.***

4. RECOURS SUBROGATOIRE

Il s'agit du droit pour l'assureur de récupérer auprès du responsable d'un sinistre les sommes qu'il a prises en charge.

Lorsque Vous-même et/ou le cas échéant vos *Ayants droit* assurés sont atteints d'une affection ou victimes d'un *Accident* susceptible d'être indemnisé par un tiers responsable, l'assureur dispose d'un recours subrogatoire contre la personne tenue à réparation ou son assureur. Vous-même et/ou le cas échéant vos *Ayants droit* assurés atteints de blessures imputables à un tiers devez impérativement en informer l'assureur lors de la demande de prestations.

Lorsque Vous ou votre *Ayant droit* est victime d'un *Accident* de la circulation (impliquant un véhicule automobile), Vous devez, sous peine de déchéance, déclarer à l'assureur de l'auteur de *l'Accident* qui le sollicite, le nom de votre assureur Complémentaire santé, en tant que tiers payeur.

Conformément au code des assurances, Vous et vos *Ayants droit* donnez subrogation à l'assureur dans ses droits en vue d'engager toute action récursoire à l'encontre de tout tiers responsable.

Dans les cas de refus de garanties prévus ci-dessus, l'assureur prendra néanmoins en charge les frais et actes considérés à hauteur des montants minimum de prestations prévus par la réglementation applicable au Contrat « responsable ».

Titre VI - Autre indemnité

Article 17 - Cure thermale

Pour chaque cure thermale prise en charge par *le Régime obligatoire de protection sociale*, l'assureur verse une indemnité sur présentation des justificatifs des frais d'hébergement et/ou de transport relatifs à la cure thermale considérée, restant à votre charge ou à celle de vos *Ayants droit* inscrits au contrat, après remboursement éventuel du *Régime obligatoire de protection sociale*.

Cette indemnité est limitée, en tout état de cause, au montant de ces frais demeurant à charge, avec un maximum fixé à l'Annexe N° 2 « Tableau des garanties » selon le niveau de garanties choisi.

Titre VII - Services Tiers payant et Calcul des frais restant à charge

Article 18 - Tiers payant

Un service de TIERS PAYANT est mis à votre disposition au titre du contrat.

Ce service permet aux *Personnes assurées* de bénéficier auprès de tous les professionnels de santé qui acceptent ce dispositif, de la dispense d'avance des frais :

- au moins à hauteur de la *Base de remboursement*, en ce qui concerne les prestations faisant l'objet des garanties du contrat et remboursées par le *Régime obligatoire de protection sociale*,
- pour l'intégralité de son montant (tel que fixé par l'arrêté prévu par l'article L.174-4 du Code de la Sécurité sociale) et sans limitation de durée en ce qui concerne le forfait journalier appliqué par les établissements hospitaliers,
- à hauteur des frais réels dans la limite des prix limites de vente ou des honoraires limites de facturation en ce qui concerne les soins et actes relevant du panier *« 100% santé »*.

L'assureur délivre à chacun des *Adhérents*, une attestation de *Tiers payant* qui cessera d'être active dans toutes les circonstances suivantes :

- en cas de résiliation de l'adhésion au contrat,
- en cas de résiliation du contrat,
- si Vous ou votre *Ayant droit* ne remplissez plus les conditions d'ouverture des droits requis au titre du *Régime obligatoire de protection sociale* dont Vous relevez,
- en cas d'utilisation ou de tentative d'utilisation frauduleuse du système,
- et en tout état de cause dès lors que l'*Ayant droit* ne répond plus à la définition de l'article 2.

Dans tous les cas, nous nous réservons le droit de réclamer, tant à Vous-même qu'à votre *Ayant droit*, et le cas échéant au professionnel de santé, tout indu ou tout document relatif au système de *Tiers payant*.

Article 19 - Calcul des frais restant à charge

Sur votre demande, nous pouvons établir pour les frais ou actes à *Honoraires* libres ou avec *Dépassements d'honoraires* et pour ceux non pris en charge par le *Régime obligatoire*, un calcul des éventuelles prestations en nature de ce *Régime obligatoire* et de celles versées potentiellement au titre du contrat Vous permettant ainsi de déterminer le montant des frais qui restera à votre charge.

Ce calcul sera effectué sur présentation des *Devis* du professionnel de santé.

Annexe N° 1
Texte règlementaire

Article R.871-2 du code de la Sécurité sociale *(dans sa version en vigueur au 13 janvier 2019)*

Les garanties mentionnées à l'article L.871-1 comprennent la prise en charge :

1° De l'intégralité de la participation des assurés définie à l'article R.160-5 *(Ticket modérateur)*. Cette prise en charge n'est toutefois pas obligatoire pour les prestations de santé mentionnées au 6°, 7°, 10° et 14° du même article *(*)* ;

2° Si le contrat, le bulletin d'adhésion ou le règlement propose cette garantie, des dépassements tarifaires des médecins n'ayant pas adhéré à l'un des *Dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée* prévus par la convention nationale mentionnée à l'article L.162-5, dans la double limite de 100% du tarif de responsabilité et du montant pris en charge pour les dépassements des médecins ayant adhéré à l'un des *Dispositifs de pratique tarifaire* maîtrisée minoré d'un montant égal à 20 % du tarif de responsabilité ;

3° Des dépenses d'acquisition des dispositifs médicaux d'*Optique* médicale à usage individuel soumis au remboursement, dans les conditions suivantes :

- à hauteur des frais exposés par l'assuré en sus des tarifs de responsabilité dans la limite des prix fixés en application de l'article L.165-3 pour les verres et les montures appartenant à une classe à prise en charge renforcée définie en application du deuxième alinéa de l'article L.165-1, la prestation d'appairage pour des verres d'indices de réfraction différents et le supplément applicable pour les verres avec filtre, dans les conditions définies par la liste prévue par le même article ;
- dans le respect des limites ci-dessous, si le contrat, le bulletin d'adhésion ou le règlement prévoit une couverture des frais exposés par l'assuré en sus de la participation mentionnée au 1° pour l'acquisition d'équipements composés de verres ou d'une monture appartenant à une classe prévue à l'article L.165-1 autre que celles à prise en charge renforcée susmentionnée :

a) Au minimum à 50 euros et au maximum à 420 euros dans les cas suivants :
- par équipement à verres unifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre -6,00 et + 6,00 dioptries ;
- par équipement à verre unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ;
- par équipement à verre unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries ;

b) Au minimum à 125 euros et au maximum à 560 euros par équipement comportant un verre mentionné au a et un verre mentionné au c ;

c) Au minimum à 200 euros et au maximum à 700 euros dans les cas suivants :
- par équipement à verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de -6,00 à + 6,00 dioptries ;
- par équipement à verre unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries ;
- par équipement à verre unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ;
- par équipement à verre unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 dioptries ;
- par équipement à verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre -4,00 et + 4,00 dioptries ;
- par équipement à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ;
- par équipement à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries ;

d) Au minimum à 125 euros et au maximum à 610 euros par équipement comportant un verre mentionné au a et un verre mentionné au f ;

e) Au minimum à 200 euros et au maximum à 750 euros par équipement comportant un verre mentionné au c et un verre mentionné au f ;

f) Au minimum à 200 euros et au maximum à 800 euros dans les cas suivants :
- par équipement à verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4,00 à + 4,00 dioptries ;
- par équipement à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries ;
- par équipement à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -8,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ;
- par équipement à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8,00 dioptries.

Lorsque l'équipement est composé de verres différents appartenant à une même catégorie a, c ou f définies ci-dessus, les montants minimum et maximum de prise en charge des frais exposés par l'assuré pour l'équipement sont ceux afférents à cette catégorie.

Dans tous les cas, la prise en charge d'une monture est limitée à 100 euros.

Les montants minimum et maximum mentionnés ci-dessus incluent la part des dépenses prises en charge par l'assurance maladie obligatoire et la participation des assurés mentionnée au 1° pour l'acquisition de l'équipement.

Ces garanties s'appliquent aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement composé de deux verres et d'une monture, *par période de deux ans*, à l'exception des cas pour lesquels un renouvellement anticipé est prévu dans la liste mentionnée à l'article L.165-1, notamment pour les enfants de moins de 16 ans et en cas *d'Evolution de la vue.*

4° Des dépenses d'acquisition des dispositifs médicaux *d'Aides auditives* dans les conditions suivantes :
a) À hauteur des frais exposés par l'assuré en sus des tarifs de responsabilité, dans la limite des prix fixés en application de l'article L.165-3, pour les appareils appartenant à une classe à prise en charge renforcée définie en application du deuxième alinéa de l'article L.165-1 ;
b) Au maximum à 1 700 euros par aide auditive, incluant la part des dépenses prise en charge par l'assurance maladie obligatoire et la participation mentionnée au 1° pour les appareils appartenant à une classe autre que celles à prise en charge renforcée.

Ces garanties s'appliquent aux frais exposés pour l'acquisition d'une *Aide* auditive par période de quatre ans dans les conditions précisées par la liste prévue à l'article L.165-1 ;

5° Des frais de *Soins dentaires* prothétiques exposés par l'assuré en sus des tarifs de responsabilité dans la limite des *Honoraires* de facturation fixés par la convention prévue à l'article L.162-9 ou, en l'absence de convention applicable, par le règlement arbitral prévu à l'article L.162-14-2, pour les actes définis par arrêté des ministres chargés de la santé et de la *Sécurité sociale*, en fonction du service rendu et des caractéristiques esthétiques ;

6° Du forfait journalier des établissements hospitaliers prévu à l'article L.174-4, sans limitation de durée.

(*) Il s'agit respectivement :
- des médicaments principalement destinés au traitement des troubles ou affections sans caractère habituel de gravité et des médicaments dont le service médical rendu a été classé comme modéré ;
- des spécialités et préparations homéopathiques prises en charge par les régimes obligatoires de protection sociale ;
- des frais de soins thermaux dispensés dans un établissement thermal ;
- des médicaments dont le service médical rendu a été classé comme faible.

NOTA : Conformément à l'article 5 du décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019, les dispositions des 3° et 5° de l'article R.871-2 du code de la Sécurité sociale dans leur rédaction issue dudit décret s'appliquent aux contrats souscrits ou renouvelés à compter du 1er *janvier 2020, sous réserve des dispositions du troisième alinéa dudit article.*

Les dispositions du 4° de l'article R.871-2 du code de la Sécurité sociale dans leur rédaction issue dudit décret s'appliquent aux contrats souscrits ou renouvelés à compter du 1er *janvier 2021.*

Les dispositions du 5° de l'article R.871-2 du code de la Sécurité sociale dans leur rédaction issue dudit décret s'appliquent aux actes pour lesquels l'entente directe est limitée et sans reste à charge tels que définis dans la convention prévue à l'article L.162-9, aux dates fixées par la convention organisant les rapports entre les chirurgiens-dentistes libéraux et l'assurance maladie signée le 21 juin 2018.

Complémentaire Senior GAN

PAS D'AVANCE DE FRAIS AVEC LE TIERS PAYANT

Produit conforme 100 % santé

Les garanties sont exprimées en euros, frais réels ou en pourcentage de la Base de Remboursement de la Sécurité sociale sous déduction du remboursement du Régime Obligatoire, et dans la limite des frais réellement engagés et des prix limites de vente fixés par ce dernier. Les forfaits et plafonds de garanties exprimés au sein du tableau des garanties s'entendent par assuré. Un seul niveau doit être souscrit par famille. Ces niveaux de garanties sont responsables : vos garanties et niveaux de remboursements seront automatiquement adaptés en fonction des évolutions législatives et réglementaires régissant les «contrats responsables». Les actes de prévention défi nis par l'arrêté du 8 juin 2006 sont au moins remboursés au ticket modérateur.

		Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4	Niveau 5
HOSPITALISATION EN SECTEUR CONVENTIONNÉ*						
SÉJOURS EN MÉDECINE, CHIRURGIE, HOSPITALISATION À DOMICILE ET MATERNITÉ						
Frais de séjour		Frais réels				
Forfait journalier hospitalier		Frais réels				
Honoraires médicaux et chirurgicaux	Médecin DPTAM (1)	125 % BR	150 % BR	200 % BR	300 % BR	400 % BR
	Médecin non DPTAM (1)	100 % BR	130 % BR	175 % BR	200 % BR	200 % BR
Chambre particulière (par jour, par assuré) dans la limite de 30 jours par an		25 €	45 €	60 €	80 €	100 €
		Délai d'attente les 3 premiers mois d'adhésion au contrat				
SÉJOURS EN SOINS MEDICAUX ET DE RÉADAPTATION ET SÉJOURS EN PSYCHIATRIE						
Frais de séjour		Frais réels				
Forfait journalier hospitalier		Frais réels				
Honoraires et frais médicaux	Médecin DPTAM (1)	125 % BR	150 % BR	200 % BR	300 % BR	400 % BR
	Médecin non DPTAM (1)	100 % BR	130 % BR	175 % BR	200 % BR	200 % BR
Chambre particulière pour les séjours en soins médicaux et de réadaptation y compris en psychiatrie (par jour, par assuré) dans la limite de 15 jours par an		25 €	45 €	60 €	80 €	100 €
		Délai d'attente les 3 premiers mois d'adhésion au contrat				
ACCOMPAGNANT**						
Frais accompagnant (par jour) dans la limite de 30 jours par an		10 €	15 €	25 €	30 €	60 €
		Délai d'attente les 3 premiers mois d'adhésion au contrat				
SOINS COURANTS						
Honoraires médicaux : consultations généralistes, spécialistes, actes médicaux, imagerie médicale (y compris en soins externes et à domicile)	Médecin DPTAM (1)	125 % BR	150 % BR	200 % BR	250 % BR	300 % BR
	Médecin non DPTAM (1)	100 % BR	130 % BR	175 % BR	200 % BR	200 % BR
Honoraires paramédicaux, analyses et examens de laboratoire *(y compris en soins externes et à domicile)*		125 % BR	150 % BR	175 % BR	200 % BR	200 % BR
Forfait Patient Urgence et forfait actes lourds		Frais réels				
Transport		100% BR				
Matériel médical : prothèses orthopédiques, prothèses capillaires hors « 100% Santé », petit et gros appareillage – hors prothèse auditive et accessoire optique"		100 % BR	125 % BR	150 % BR	175 % BR	225 % BR
Prothèses Capillaires « 100% Santé » (2)		Frais réels				
Location courte durée d'un Véhicule pour Personne en situation de Handicap « 100% Santé » (2)		Frais réels				
Médicaments remboursés par la Sécurité sociale		100 % BR				
Médicaments ou vaccins prescrits non remboursée par la Sécurité sociale (par année d'adhésion)		35 €	50 €	70 €	100 €	150 €
		Délai d'attente les 3 premiers mois d'adhésion au contrat				
Aide au sevrage tabagique prescrit non remboursé par la Sécurité sociale (par année d'adhésion)		20 €	30 €	40 €	60 €	90 €
		Délai d'attente les 3 premiers mois d'adhésion au contrat				
Forfait Médecines naturelles : ostéopathe, homéopathe, acupuncteur, chiropracteur, microkinésithérapeute, étiopathe, diététicien, naturopathe, podologue, pédicure, réflexologue, sophrologue, luminothérapeute, hypnothérapeute, Psychologue (par année d'ahdésion et par assuré) - dans la limite de 50€ par séance		60 €	80 €	100 €	120 €	160 €
		Délai d'attente les 3 premiers mois d'adhésion au contrat				
Soins cure thermale remboursée par la Sécurité sociale		100 % BR				
Forfait supplémentaire pour les frais annexes de cure thermale remboursée par la Sécurité sociale (par année d'adhésion)		100 €	125 €	150 €	200 €	300 €
		Délai d'attente les 3 premiers mois d'adhésion au contrat				
Psychologues conventionnés remboursés par la Sécurité sociale (3)		100 % BR				
Dépenses médicales effectuées à l'étranger et remboursées par la Sécurité sociale française		100 % BR				

	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4	Niveau 5
DENTAIRE					
Soins et prothèses « 100 % Santé » remboursés par la Sécurité sociale (4)	Frais réels				
Soins et prothèses hors 100 % santé					
Soins dentaires remboursés par la Sécurité sociale	100% BR				
Inlays-Onlays remboursés par la Sécurité sociale	125 % BR	150 % BR	170 % BR	200 % BR	270 % BR
Prothèses « Offre Modérée » et « Offre Libre » remboursées par la Sécurité sociale (4)	125 % BR	230 % BR	300 % BR	330 % BR	430 % BR
	Limité à 100 % BR pendant les 3 premiers mois d'adhésion au contrat				
Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale	125 % BR	150 % BR	175 % BR	200 % BR	250 % BR
	Limité à 100 % BR pendant les 3 premiers mois d'adhésion au contrat				
Autres frais dentaires non remboursés par la Sécurité sociale : prothèses, implantologie, parodontologie (sauf esthétique) -par année d'adhésion et par assuré	200 €	280 €	450 €	620 €	900 €
	Délai d'attente les 3 premiers mois d'adhésion au contrat				
Plafond sur l'ensemble du poste dentaire - hors 100% santé Au-delà de ce plafond pour les prestations dentaires remboursées par la Sécurité sociale :	500 € au-delà 100 % BR	1 000 € au-delà 100 % BR	1 500 € au-delà 100 % BR	2 000 € au-delà 100 % BR	3 000 € au-delà 100 % BR
OPTIQUE					
La garantie s'applique pour toute acquisition d'un équipement composé de deux verres et d'une monture. Le remboursement des montures est limité à 100 € en Classe B et 30 € en Classe A. Le renouvellement de l'équipement est possible par période de deux ans sur les niveaux responsables à compter de la dernière facturation de l'équipement ayant fait l'objet d'une prise en charge de la Sécurité sociale ou par période d'un an pour les enfants de moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue ou en cas de souscription du niveau Access non responsable. Renouvellement anticipé possible si justifié par l'un des cas visés par la liste mentionnée à l'article L165-1 du Code de la Sécurité sociale. Forfait incluant le remboursement de la Sécurité sociale et du ticket modérateur, non cumulable d'une année sur l'autre.					
Équipement « 100 % BR Santé » Classe A (5) **:** 1 monture + 2 verres, y compris prestation d'appairage et d'adaptation de la correction visuelle	Frais réels				
Equipement à verres simples ou à verres mixtes simple/complexe ou à simple/très complexe	100 % BR	200 €	225 €	250 €	350 €
Equipement à verres complexes ou à verres mixtes complexe/très complexe				300 €	400 €
Equipement à verres très complexe		300 €	350 €	400 €	500 €
Pour les équipements « Offre libre » Classe B	-	Limité à 100 % BR pendant les 3 premiers mois d'adhésion au contrat			
Équipement mixte : combinaison de verres et monture de classes A et B (5)	Se référer aux montants des équipements de Classe B, sous déduction des remboursements (y compris celui du régime obligatoire) de Classe A pris en charge à hauteur des frais réels				
Prestation d'adaptation de la correction visuelle (pour 1 équipement complet Classe B)	100 % BR				
Lentilles acceptées par la Sécurité sociale – par année d'adhésion	100 % BR + 35 €	100 % BR + 50 €	100 % BR + 65 €	100 % BR + 75 €	100 % BR + 100 €
Lentilles refusées par la Sécurité sociale – par année d'adhésion	35 €	50 €	65 €	75 €	100 €
	Délai d'attente les 3 premiers mois d'adhésion au contrat				
Chirurgie réfractive de l'œil, implant oculaire, non pris en charge par la Sécurité sociale - par année d'adhésion et par œil	125 €	175 €	200 €	300 €	450 €
	Délai d'attente les 3 premiers mois d'adhésion au contrat				
AIDES AUDITIVES					
Prise en charge d'un équipement par oreille une fois tous les quatre ans, à compter de la date de dernière acquisition)					
Équipements « 100 % BR Santé » Classe I (7)	Frais réels				
Équipements « Offre libre » Classe II, par oreille (7)	100 % BR	100 % BR	125 % BR	150 % BR	200 % BR
Accessoires	100 % BR				
PRÉVENTION ET SANTÉ AU QUOTIDIEN					
Actes et prestations de prévention prévus à l'article R.871-2 du code de la Sécurité sociale et prise en charge par la Sécurité sociale	Inclus				
Assistance	Incluse (protocole K10D)				

BR : Base de remboursement

* En cas d'hospitalisation en Secteur Non Conventionné, sont pris en charge le forfait journalier hospitalier, la participation forfaitaire , les frais de soins et de séjour pris en charge par la Sécurité sociale. La prise en charge s'effectue sur la base de 100 % de la Base de Remboursement de la Sécurité sociale.

** Séjours en médecine, chirurgie, hospitalisation à domicile et maternité et Séjours en soins médicaux et de réadaptation et séjours en psychiatrie

(1) Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM, OPTMA-CO, OPTAM-ACO et tout autre dispositif) ayant pour objet l'encadrement des dépassements d'honoraires des professionnels de santé conventionnés.

(2) Dans le cadre du « 100% Santé », ces frais sont intégralement pris en charge par vos garanties, sous déduction du remboursement du Régime obligatoire et dans la limite des prix limites de vente prévus pour ce type d'actes.

(3) Prise en charge selon les limitations prévues par le dispositif « Mon Soutien Psy».

(4) Tels que définis règlementairement. Les frais de prothèses dentaires exposés dans le cadre du panier « 100 % Santé » sont intégralement pris en charge par vos garanties, sous déduction du remboursement du Régime obligatoire et dans la limite des honoraires de facturations prévues pour ce type d'actes en application du décret n ° 2019-21 du 11 janvier 2019.

(5) Tels que définis règlementairement, les verres et montures faisant l'objet d'une prise en charge renforcée (panier « 100% Santé ») seront intégralement pris en charge par vos garanties, sous déduction du remboursement du Régime Obligatoire et dans la limite du prix de vente fixé pour ce type d'acte.Les verres et montures ne faisant pas l'objet d'une prise en charge renforcée (Offre libre) seront pris en charge sous déduction du remboursement du Régime Obligatoire et dans les limites fixées par le décret n ° 2019-21 du 11 janvier 2019. Dans les deux cas, la garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement composé de deux verres et d'une monture par période de deux ans à compter du dernier renouvellement d'un équipement complet et par période d'un an pour les enfants de moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue. Un renouvellement anticipé est également possible en application de l'article L.165-1 du Code de la Sécurité sociale.

(6) Se référer au tableau d'explication figurant ci-dessous et sur les conditions générales pour connaître le détail des Catégories 1, 2 et 3.

(7) Tels que définis règlementairement. Les équipements auditifs faisant l'objet d'une prise en charge renforcée (panier « 100% Santé ») seront intégralement pris en charge par vos garanties, sous déduction du remboursement du Régime Obligatoire et dans la limite du prix de vente fixé pour ce type d'acte. Les équipements auditifs ne faisant pas l'objet d'une prise en charge renforcée (Offre libre) seront pris en charge sous déduction du remboursement du Régime Obligatoire et dans les limites fixées par le décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 (plafond maximum de prise en charge Régime Obligatoire + complémentaire santé de 1 700 € par oreille). Dans les deux cas la garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'une aide auditive par période de 4 ans à compter de la délivrance de l'équipement.

GRILLE OPTIQUE

CATÉGORIE 1

- 2 verres unifocaux sphériques dont la sphère est [- 6,00 et + 6,00]
- 2 verres unifocaux sphéro-cylindriques
  - dont la sphère est [-6,00 et 0] et dont le cylindre est ≤ + 4,00
  - dont la sphère est positive et dont la somme S* est ≤ à 6,00

CATÉGORIE 2

- 1 Verre de la catégorie 1

Et

- 1 Verre de la catégorie 3

CATÉGORIE 3

- 2 verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de - 6,00 à + 6,00
- 2 verres unifocaux sphéro-cylindriques
  - dont la sphère est [- 6,00 et 0 s] et dont le cylindre est > à + 4,00
  - dont la sphère est < à -6,00 et dont le cylindre est ≥ à 0,25
  - dont la sphère est positive et dont la somme S* est > à 6,00
- 2 verres multifocaux ou progressifs sphériques
  - dont la sphère est [-4,00 et +4,00]
  - dont la sphère est hors zone de [– 4,00 à + 4,00]
- 2 verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques
  - dont la sphère est [– 8,00 et 0] et dont le cylindre est ≤ à +4,00
  - dont la sphère est [– 8,00 et 0] et dont le cylindre est > à + 4,00
  - dont la sphère est < à – 8,00 et dont le cylindre est ≥ à 0,25
  - dont la sphère est positive et dont la somme S* est ≤ à 8,00
  - dont la sphère est positive et dont la somme S* est > à 8,00

ou

- 1 Verre de la catégorie 3

Et

- 1 autre Verre de la catégorie 3

* Somme S = (sphère + cylindre)

Association Européenne d'Épargne de Retraite et de Prévoyance

Association régie par la loi du 1er juillet 1901
Statuts

Article 1. ***Constitution – Dénomination***

Il est fondé entre les adhérents aux présents statuts une Association régie par la loi du 1er juillet 1901 et le décret du 16 août 1901 ayant pour titre :
« ASSOCIATION EUROPÉENNE D'ÉPARGNE DE RETRAITE ET DE PRÉVOYANCE - AEERP »

Article 2. ***Objet de l'Association***

Son objet est de développer un esprit de solidarité et de prévoyance entre ses membres, personnes physiques ou personnes morales. A cette fin, l'Association réalisera toutes études et mènera toutes réflexions utiles afin d'informer ses adhérents sur les régimes de retraite, de prévoyance, de santé ou de perte d'emploi.

Elle aura notamment pour objet de promouvoir le développement de la prévoyance complémentaire, de la retraite complémentaire et de la santé auprès des membres salariés, ou non salariés des professions non agricoles ainsi que des anciens salariés ou non salariés retraités ou licenciés, en regroupant ces personnes pour leur permettre de bénéficier de contrats d'assurance de groupe définis par les articles L141-1 à L141-6 du code des assurances et par l'article L.222-3 du code de la mutualité. Elle conclura des conventions avec les organismes habilités pour faire bénéficier ses membres de garanties collectives ou individuelles de retraite et/ou de prévoyance et/ou de santé et/ou de perte d'emploi, ainsi que des garanties d'assistances, des services complémentaires et tous autres services entrant dans l'objet de l'Association.

Article 3. ***Siège***

Le siège est fixé 4 square de l'Opéra Louis Jouvet 75009 Paris.
Il pourra être transféré sur simple décision du Conseil d'administration.

Article 4. ***Durée de l'Association***

La durée de l'Association est illimitée.

Article 5. ***Composition de l'Association***

L'Association comprend un membre fondateur, des membres actifs et des membres honoraires.
- Est membre fondateur Gan Eurocourtage Vie (ex Cofassur Vie).
- Sont membres actifs les personnes qui adhérent aux contrats d'assurance de groupe souscrits par l'Association. L'admission à l'Association et par voie de conséquence aux bénéfices des contrats groupe, ne devient effective qu'après paiement conjoint du droit d'entrée et cotisations annuelles éventuels dus au titre de contrat d'assurance de groupe auquel adhère le membre.
- Sont membres honoraires les personnes désignées par le Conseil d'administration pour avoir rendu service à l'Association.

Le patrimoine de l'Association répond seul des engagements contractés par elle, sans qu'aucun des membres de cette Association, même ceux qui participent à son administration, puisse être tenu personnellement.

Article 6. ***Démission – Radiation***

La qualité de membre se perd par :
a) la démission,
b) le décès d'un membre actif,
c) la radiation prononcée par le Conseil d'administration pour non paiement de la cotisation ou pour motif grave, l'intéressé ayant été invité par lettre recommandée à se présenter devant le bureau pour fournir des explications,
d) la perte pour les membres actifs du bénéfice des conventions définies à l'article 2.

La perte de la qualité de membre entraîne la cessation immédiate des fonctions exercées au sein de l'Association.

Article 7. ***Ressources de l'Association***

Les ressources de l'Association se composent :
- du droit d'entrée éventuel fixé par le Conseil d'administration,
- des cotisations annuelles perçues auprès des membres adhérents dans les conditions précisées par le règlement intérieur et dont le montant est fixé par le Conseil d'administration,
- de toutes subventions versées pour permettre à l'Association d'exercer son activité conformément aux présents statuts,
- des produits des fonds placés,
- ainsi que de toutes autres ressources non interdites par la loi et les règlements en vigueur.

Article 8. ***Administration de l'Association***

L'Association est administrée par un Conseil d'administration de 5 membres au moins et de 9 membres au plus.

Le Conseil d'administration est toujours composé pour plus de la moitié de membres indépendants quel que soit le nombre d'administrateurs. Ceux-ci sont définis comme ne détenant ou n'ayant détenu au cours des 2 années précédant leur désignation, aucun intérêt ni aucun mandat dans l'organisme d'assurance signataire du contrat d'assurance de groupe et ne recevant ou n'ayant reçu au cours de la même période aucune rétribution de cet organisme.

Les membres du Conseil d'administration sont élus par l'Assemblée Générale pour une durée de 3 ans. Tout membre sortant est rééligible. Peuvent être candidats les membres de l'Association ou les personnalités externes à l'Association reconnues pour leur compétence.

En cas de vacance pour décès, démission ou autre cause d'un ou plusieurs administrateurs, ceux-ci peuvent être provisoirement remplacés par le Conseil jusqu'à la prochaine Assemblée Générale qui procède à l'élection définitive.

Les administrateurs ainsi élus ne demeurent en fonction que pendant le temps qui restait à courir du mandat de leur prédécesseur.

Article 9. ***Bureau du Conseil d'administration***

Le Conseil d'administration élit, parmi ses membres et pour la durée de leur mandat d'administrateur, un Bureau composé :
- d'un Président, et s'il y a lieu d'un Vice-président,
- d'un Secrétaire,
- d'un Trésorier,
- et, le cas échéant, d'un Conseiller Technique.

Le Bureau se réunit chaque fois que nécessaire sur convocation du Président. Il exécute les décisions du Conseil d'administration et assure l'expédition des affaires courantes.

Article 10. ***Réunions du Conseil d'administration***

Le Conseil d'administration se réunit sur convocation de son Président ou sur la demande du quart de ses membres et au minimum une fois tous les ans. Les décisions sont prises à la majorité des voix des membres présents ou représentés. En cas de partage des voix, la voix du Président est prépondérante.

Tout membre qui, sans excuse, n'aura pas assisté à 3 séances consécutives, sera considéré comme démissionnaire.

Un administrateur peut se faire représenter à une séance du conseil uniquement par un autre administrateur. Chaque administrateur ne peut disposer au cours d'une même séance que d'un pouvoir en sus de sa voix.

Il est établi un procès-verbal de chaque réunion qui est approuvé par le Conseil d'administration lors de la prochaine séance. Il est tenu registre des délibérations du Conseil d'administration dont les procès verbaux sont signés du Président et du Secrétaire. Les copies ou extraits de ces procès verbaux sont signés par le Président ou par un administrateur mandaté à cet effet.

Les membres du Conseil d'administration et les membres du bureau ne peuvent recevoir aucune rétribution à raison des fonctions qui leur sont confiées. Ils peuvent recevoir cependant une indemnité de temps passé dont le montant sera soumis à l'approbation de l'Assemblée générale ainsi que le remboursement des frais exposés pour l'exercice de leur mandat.

Article 11. ***Pouvoirs du Conseil d'administration et de son Président***

Le Conseil d'administration est investi des pouvoirs les plus étendus pour faire ou autoriser tous actes et opérations permis à l'Association et qui ne sont pas réservés à l'Assemblée Générale. Il fixe notamment les taux ou les montants du droit d'entrée et des cotisations prévus à l'article 7. Il établit un rapport annuel sur le fonctionnement du ou des contrats d'assurance de groupe souscrits par l'Association. Ce rapport est présenté à l'Assemblée Générale annuelle et tenu à la disposition des adhérents. Le Conseil d'administration élit son Président parmi ses membres. Le Président représente l'Association dans tous les actes de la vie civile. Il ordonnance les dépenses. Il peut, pour un acte précis, déléguer ses pouvoirs à un ou plusieurs mandataires de son choix. Il a qualité pour ester en justice au nom de l'Association. Toutefois, en cas de représentation en justice, le Président ne peut être remplacé que par un mandataire agissant en vertu d'une procuration spéciale. Il est chargé d'exécuter les décisions du conseil.

Article 12. ***Assemblée Générale Ordinaire***

12.1 COMPOSITION

Les membres adhérents actifs sont membres de droit de l'Association et disposent d'un droit de vote à l'Assemblée générale. Chaque adhérent dispose d'une voix. Les adhérents peuvent exercer ce droit de vote à l'Assemblée Générale en donnant mandat à leur conjoint, ou à un autre membre de cette même Assemblée. Les mandataires peuvent remettre les pouvoirs qui leur ont été donnés à d'autres mandataires ou adhérents. Le nombre de pouvoirs dont un même adhérent peut disposer ne peut excéder 5 % des droits de vote.

12.2 RÉUNIONS - QUORUM

L'Assemblée Générale Ordinaire se réunit au moins une fois par an sur convocation du Président du Conseil d'administration. Le Conseil d'administration décide du lieu où se tiendra l'Assemblée Générale.

Les convocations sont individuelles, adressées au moins 30 jours avant la date de l'Assemblée par voie postale ou électronique. La convocation mentionne l'ordre du jour et contient les projets de résolution.

Le Conseil d'administration peut décider que les adhérents peuvent voter par correspondance ou par tout autre moyen permettant d'assurer l'authenticité du vote et le contrôle de l'identité des votants.

Un quorum de 1 000 adhérents ou 1/30ème des adhérents présents ou représentés ou ayant fait usage du vote par correspondance si celui-ci est prévu pour la consultation est requis sur première convocation. Si ce quorum n'est pas atteint, une 2ème Assemblée est convoquée et délibère valablement sans aucune condition de quorum.

Tout membre de l'Association peut proposer une résolution à l'Assemblée générale par lettre recommandée avec avis de réception adressée au président du Conseil d'administration.

Le Conseil d'administration doit présenter au vote de l'Assemblée Générale les projets de résolution qui lui sont communiquées par le 10ème des adhérents au moins ou par 100 adhérents si le 10ème est supérieur à 100. Ces projets de résolution doivent être communiqués 60 jours avant la date fixée pour la tenue de l'Assemblée.

Le conseil d'administration peut décider que les adhérents puissent voter à distance, par correspondance ou par tout autre moyen permettant d'assurer l'authenticité du vote et le contrôle de l'identité des votants.

Les décisions sont adoptées à la majorité des voix présentes ou représentées.

Le procès-verbal de chaque Assemblée, faisant état du nombre des membres présents ou représentés, est inscrit sur un registre et signé par le Président et un membre du bureau.

12.3 POUVOIRS

L'Assemblée Générale Ordinaire examine les questions inscrites par le Conseil d'administration à l'ordre du jour, entend le rapport du Conseil d'administration sur la situation morale de l'Association et examine les résultats du compte de gestion administrative.

Elle prend connaissance des observations faites par les membres et des réponses données. Elle reçoit les informations détaillées sur l'évolution technique et financière des différentes conventions souscrites. Elle statue sur les comptes de l'exercice clos au 31 décembre précédent et sur le rapport moral. Elle procède le cas échéant à l'élection des membres du Conseil d'administration.

Elle autorise la signature d'avenants aux contrats d'assurance de groupe souscrits par l'Association. Elle peut toutefois déléguer au Conseil d'administration, par une ou plusieurs résolutions et pour une durée qui ne peut excéder dix-huit mois, le pouvoir de signer un ou plusieurs avenants dans des matières que la résolution définit.

Le Conseil d'administration exerce ce pouvoir dans la limite de la délégation donnée par l'Assemblée Générale et en cas de signature d'un ou plusieurs avenants il en fait rapport à la plus proche Assemblée.

12.4 DÉLIBÉRATIONS DES ASSEMBLÉES

Les délibérations des Assemblées sont constatées par des procès verbaux, signés par le Président du Conseil d'administration ou par un administrateur mandaté à cet effet, et inscrits sur un registre spécial. Ils peuvent être consultés sur rendez-Vous au siège de l'Association et obtenus sur simple demande écrite auprès de l'Association.

Article 13. ***Assemblée Générale Extraordinaire***

L'Assemblée générale peut être convoquée extraordinairement soit par le Conseil d'administration, soit par 10 % des adhérents.

Seule l'Assemblée générale extraordinaire peut modifier les statuts sur proposition du Conseil d'administration. Elle peut également décider de la dissolution de l'Association.

L'Assemblée générale ne peut valablement délibérer que si au moins 1 000 adhérents ou 1/30ème des adhérents sont présents ou représentés ou ont fait usage de la faculté de vote par correspondance si celle-ci est prévue pour la consultation. Si ce quorum n'est pas atteint lors de la première convocation, une 2nde Assemblée est convoquée et délibère alors valablement, quel que soit le nombre de membres présents ou représentés ou ayant fait usage de la faculté de vote par correspondance si celle-ci est prévue pour la consultation.

Les délibérations doivent être prises à la majorité des 2/3 des voix des membres présents ou représentés ou ayant fait usage de la faculté de vote par correspondance si celle-ci est prévue pour la consultation.

Article 14. ***Fonds social***

La gestion de l'Association est désintéressée. A ce titre, les excédents éventuels dégagés par l'Association ne font pas l'objet d'une redistribution à ses membres mais peuvent être placés en réserve dans le cadre d'un fonds social. Le fonds social est alimenté, sur proposition du Conseil d'administration, par prélèvement soit lors de l'affectation du résultat, soit sur les réserves dans la limite de la moitié des fonds propres. Il appartient au Conseil d'administration de décider chaque année des orientations d'utilisation de ce fonds destiné à des actions de solidarité individuelle en faveur des adhérents de l'Association.

Les membres du Conseil d'administration ne peuvent pas bénéficier du fonds social.

Article 15. ***Règlement intérieur***

Le bureau du Conseil d'administration pourra s'il juge nécessaire, arrêter le texte d'un règlement intérieur ayant pour objet de préciser et compléter les règles de fonctionnement de l'Association. Ce règlement devra être approuvé par le Conseil d'administration, sans avoir à être soumis à l'approbation de l'Assemblée générale ordinaire. Il pourra être modifié par délibération du Conseil d'administration.

Article 16. ***Dissolution***

La dissolution de l'Association ne peut être prononcée que par l'Assemblée générale convoquée spécialement à cet effet. En cas de dissolution, l'Assemblée générale, délibérant dans les conditions définies à l'article 13, désigne un ou plusieurs liquidateurs chargés des opérations de liquidation. Le conseil se prononce sur la dévolution de l'actif net, après reprise des apports, conformément à l'article 9 de la loi du 1er juillet 1901 et de son décret d'application du 16 août 1901.

Article 17. ***Formalités***

Le Conseil d'administration par l'intermédiaire de son Président remplira les formalités de déclaration et de publication prescrites par la loi du 1er juillet 1901 et par le décret du 16 août 1901. A cet effet, tous pouvoirs sont conférés au Président ou au mandataire désigné par lui.

Le Président, ou son mandataire, fera connaître dans les trois mois à la préfecture du département du siège social tous les changements intervenus dans l'administration de l'Association, ainsi que toutes les modifications apportées aux statuts de celle-ci.

Il veillera à la tenue du registre spécial sur lequel sont consignées les modifications statutaires et les changements de dirigeants.

Réf. : 50560 - 05/2026 - L'ensemble des marques, logos, charte graphique et argumentaires commerciaux d'APRIL Santé Prévoyance présents dans le document sont déposés et sont la propriété d'APRIL Santé Prévoyance S.A.S.U. Toute reproduction, partielle ou totale desdits éléments et textes de toute nature, est interdite et fera l'objet de poursuites judiciaires.

April Santé Prévoyance

12 rue Juliette Récamier
CS15555
69452 LYON CEDEX 06

S.A.S.U au capital de 540 640 € - RCS Lyon 428 702 419 - Intermédiaire en assurances - immatriculée à l'ORIAS sous le n° 07 002 609 (www.orias.fr)
Autorité de contrôle prudentiel et de résolution - 4 place de Budapest CS 92459 - 75436 PARIS cedex 09.
Complémentaire Senior Gan est un produit conçu et assuré par Groupama Gan Vie et géré par APRIL Santé Prévoyance. Groupama Gan Vie, société Anonyme au capital de 1 371 100 605 €. RCS Paris 340 427 616 - APE 6511 Z, Siège social : 8-10, rue d'Astorg 75383 Paris Cedex 08 Entreprise régie par le code des assurances.



April

L'ASSURANCE EN PLUS FACILE