

SANTÉ COMPLÉMENTAIRE

Conditions Générales

Contrat “responsable et solidaire”

GMF Assurément Humain

Septembre 2026

Vous venez d'adhérer à un contrat collectif facultatif pour des Garanties Santé et de l'allocation journalière d'hospitalisation, souscrit par l'Association Solidaire pour la Prévention et le Développement de la Santé et de la Prévoyance (ASPDSP), association régie par la loi du 1er juillet 1901. Siège social : 86-90 rue Saint-Lazare 75009 Paris.

Nous vous remercions de votre confiance.

N'hésitez pas à consulter votre Conseiller GMF pour toute information complémentaire.

Les entreprises d'assurances agréées en France sont placées sous le contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (A.C.P.R.) :
4, place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris cedex 09.
https://acpr.banque-france.fr

Sommaire

1 Les dispositions générales

1.1 L'objet de votre contrat 8
1.2 Les textes régissant votre contrat 8
1.3 Un contrat santé "responsable et solidaire" 8/9
1.4 Les conditions pour bénéficier des garanties 9
1.5 La territorialité de vos garanties 10
1.6 Les définitions retenues pour l'application de votre contrat 10 à 13
1.7 Les exclusions générales communes aux Garanties Santé et à l'option Allocation Journalière d'Hospitalisation 13/14

2 Les garanties santé

2.1 Le choix de votre formule de garanties 16
2.2 Que comprend chaque module de soins ? 16 à 21
2.3 La prévention 22

3 L'option allocation journalière d'hospitalisation

3.1 Les règles de fonctionnement 24
3.2 Les séjours hospitaliers ouvrant droit à la garantie 24
3.3 Le plafond de la garantie 24

4 Le règlement des prestations

4.1 Que devez-vous faire ? 26/27
4.2 Que réglons-nous ? 27/28
4.3 Les services Santéclair 28/29
4.4 L'attestation de tiers payant et l'engagement de prise en charge hospitalière 29
4.5 Le cumul d'assurances santé 30

Sommaire

5 La vie du contrat

5.1	La prise d'effet de vos garanties	32
5.2	Le délai de renonciation au contrat souscrit dans le cadre d'un démarchage	32/33
5.3	La durée de vos garanties	33
5.4	L'évolution de vos garanties	33
5.5	Votre cotisation	34
5.6	Vos déclarations et leurs conséquences	34/35
5.7	Le paiement de votre cotisation et les conséquences du non-paiement	35
5.8	La fin de votre adhésion/la résiliation du contrat	35 à 38
5.9	La subrogation	38
5.10	La compensation	38
5.11	La prescription	38 à 40
5.12	La réclamation/la médiation	40

Les dispositions générales

1.1 L'OBJET DE VOTRE CONTRAT

Le présent contrat a pour objet le remboursement aux assurés, de tout ou partie, de leurs dépenses de santé en cas de maladie, maternité et accident, en complément des prestations versées par leur Régime Obligatoire d'assurance maladie.

Les remboursements interviennent **dans la limite des frais réels exposés et des garanties choisies**.

En option, il permet le versement d'allocations journalières en cas d'hospitalisation.

1.2 LES TEXTES RÉGISSANT VOTRE CONTRAT

Votre contrat est régi :

- **par le Code des assurances,**
- **et par :**

- les présentes **Conditions Générales**, qui définissent les garanties et nos engagements réciproques,
- les **Conditions Particulières**, valant Certificat d'Adhésion, qui décrivent les personnes assurées, les limites des garanties choisies et qui complètent ces Conditions Générales.

La loi et la langue applicables au présent contrat sont françaises.

Ces 2 documents constituent votre Notice d'Information conformément à l'article L 141-4 du Code des assurances.

1.3 UN CONTRAT SANTÉ "RESPONSABLE ET SOLIDAIRE"

Ce contrat est qualifié par la loi de **"responsable et solidaire",** ce qui vous permet de bénéficier d'un taux de Taxe de Solidarité Additionnelle aux cotisations d'assurance (T.S.A.) réduit.

La loi qualifie un contrat d'assurance complémentaire santé de **"solidaire"** lorsque l'assureur ne fixe pas les cotisations en fonction de l'état de santé des assurés et qu'il ne recueille aucune information médicale.

La loi qualifie un contrat d'assurance complémentaire santé de **"responsable"** lorsqu'il encourage le respect du parcours de soins coordonnés.

Lorsque le parcours de soins coordonnés est respecté, les contrats d'assurance complémentaire santé "responsables" remboursent au minimum :

- l'intégralité du ticket modérateur pour les dépenses de santé couvertes par le Régime Obligatoire, y compris les prestations liées à la prévention (sauf pour les frais de cure thermale, les médicaments dont le service médical rendu a été classé faible ou modéré et l'homéopathie),
- l'intégralité du forfait journalier hospitalier, sans limitation de durée,
- le remboursement intégral en complément du Régime Obligatoire des équipements optique et dentaire (soins et prothèses) et des aides auditives et du matériel médical (location de courte durée de fauteuils roulants et achat de prothèses capillaires) appartenant à une liste 100 % Santé **à hauteur des honoraires limites de facturation ou des prix limites de vente**.

- lorsque la formule de garantie choisie le prévoit, une prise en charge des dépassements d'honoraires majorée pour les soins réalisés par des médecins ayant adhéré à l'un des dispositifs de pratique tarifaire maitrisée.

Les contrats "responsables" doivent également proposer le tiers payant auprès des professionnels de santé l'acceptant pour éviter l'avance de frais.

Les contrats d'assurance complémentaire santé "responsables" respectent :

- **les règles légales de renouvellement des équipements** à savoir :
  . pour l'optique : **par période de 2 ans à compter de la date d'acquisition du dernier équipement pour les adultes et pour les enfants de 16 ans et plus** (sauf renouvellement anticipé prévu par la réglementation),
  . pour les aides auditives à partir du 1er janvier 2021 : **par période de 4 ans à compter de la date d'acquisition du dernier équipement,**
- **les planchers et les plafonds** du contrat responsable fixés réglementairement.

Ne sont pas remboursés :

- **les dépassements et majorations liés au non-respect du parcours de soins,**
- **la participation forfaitaire applicable aux consultations, examens de radiologie et aux analyses de biologie médicale,**
- **les franchises applicables sur les médicaments, les actes paramédicaux et les frais de transport.**

En cas d'évolution législative ou réglementaire de ces dispositions, le contrat sera mis en conformité.

1.4 LES CONDITIONS POUR BÉNÉFICIER DES GARANTIES

Pour être **assuré**, vous devez remplir **cumulativement** les conditions décrites ci-après, à la souscription et durant toute la vie du contrat :

- résider habituellement en France métropolitaine ou dans l'un des départements et régions d'outre-mer, sauf Mayotte,
- être affilié à l'un des Régimes Obligatoires d'assurance maladie suivants : régime général, régime spécial ou régime local d'Alsace Moselle.

A contrario, les régimes des indépendants et le régime de la Mutualité Sociale Agricole (M.S.A) ne sont pas accessibles au contrat.

1.5 LA TERRITORIALITÉ DE VOS GARANTIES

Les Garanties Santé s'appliquent en France métropolitaine et dans les départements et régions d'outre-mer. Cependant les remboursements de soins exceptionnellement reçus à l'étranger suite à un séjour temporaire sont couverts :

- s'ils sont **pris en charge** par le Régime Obligatoire français,
- et que des **factures détaillées et leurs traductions correspondantes** sont fournies par la personne assurée.

La Garantie Allocation Journalière d'Hospitalisation s'applique **exclusivement en France métropolitaine** et dans **les départements et régions d'outre-mer**.

1.6 LES DÉFINITIONS RETENUES POUR L'APPLICATION DE VOTRE CONTRAT

Les termes définis ci-après apparaissent en *vert* dans les présentes Conditions Générales, afin de vous faciliter la compréhension du texte.

ACCIDENT

Atteinte corporelle soudaine et imprévisible provenant de l'action d'une cause extérieure et indépendante de la volonté de la personne assurée.

ADHÉRENT

Personne physique majeure, adhérente au contrat collectif facultatif santé souscrit par l'A.S.P.D.S.P, pour bénéficier personnellement des garanties et/ou en faire bénéficier les autres assurés au contrat. Il s'engage au paiement des cotisations et reçoit le règlement des prestations de santé au nom et pour le compte des assurés. Il est désigné comme tel sur vos Conditions Particulières.

ANNÉE D'ASSURANCE

Période d'assurance comprise entre 2 échéances annuelles de cotisation. Par ailleurs, si l'assurance expire entre 2 échéances annuelles, la dernière année d'assurance est la période comprise entre la date d'échéance principale et la date d'expiration.

ASSURÉ(S)/PERSONNE(S) ASSURÉE(S)

La ou les personnes inscrites sous ce nom sur vos Conditions Particulières.

Peuvent être assurés : l'adhérent au contrat, son conjoint, non séparé de corps ou de fait, son concubin ou son partenaire lié à lui par un pacte civil de solidarité, leurs enfants fiscalement à charge ainsi que leurs ayants droit respectifs vivant au domicile et figurant sur leur attestation vitale.

AYANT DROIT

Personne rattachée au numéro de Sécurité sociale d'un assuré social. Il s'agit des enfants mineurs qui ne sont pas assurés sociaux à titre personnel. Ils bénéficient de l'assurance maladie via l'assuré social.

BASE DE REMBOURSEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE (BR)

Tarif servant de référence à l'assurance maladie obligatoire pour déterminer le montant de son remboursement.

On parle de :

- **Tarif de Convention** (TC) lorsque les actes sont effectués par un professionnel de santé conventionné avec l'assurance maladie obligatoire. Il s'agit d'un tarif fixé

par une convention signée entre l'assurance maladie obligatoire et les représentants de cette profession,

- **Tarif d'Autorité** (TA) lorsque les actes sont effectués par un professionnel de santé non conventionné avec l'assurance maladie obligatoire. Il s'agit d'un tarif forfaitaire qui sert de base de remboursement. Il est très inférieur au Tarif de Convention,
- **Tarif de Responsabilité** (TR) pour les médicaments, appareillages et autres biens médicaux.

ÉCHÉANCE PRINCIPALE

Point de départ d'une période annuelle d'assurance. Elle est indiquée aux Conditions Particulières.

ENFANT ASSURÉ

A cette qualité, l'assuré âgé **de moins de 18 ans** au moment où il reçoit des soins de santé.

ÉTABLISSEMENT(S) SPÉCIALISÉ(S)

Il s'agit des établissements de soins publics ou privés, agréés par le Ministère de la Santé, ayant pour but les traitements psychiatriques ou neuropsychiatriques.

FRANCHISE(S)

Ce sont des sommes qui sont retenues à la source par la Sécurité sociale sur les remboursements de chaque personne assurée sociale. Elles sont dues pour chaque boîte de médicaments achetée ainsi que par acte d'auxiliaire médical ou par transport réalisé. Elles sont plafonnées par année civile et par assuré social.

Certaines personnes en sont exonérées.

Conformément à la loi sur les contrats "responsables", elles ne sont jamais prises en charge par le présent contrat.

HONORAIRES DE DISPENSATION

Rémunération du pharmacien d'officine destinée à valoriser la dispensation d'un médicament qui comprend l'analyse pharmaceutique de l'ordonnance, la préparation éventuelle des doses à administrer, les conseils aux patients.

HONORAIRES LIMITES DE FACTURATION

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

HOSPITALISATION

Il s'agit d'une hospitalisation dans un établissement de soins public ou privé, agréé par le Ministère de la Santé :

- soit pour un séjour comprenant une nuit minimum,
- soit pour un séjour de moins de 24 heures, sans nuitée, avec une entrée et une sortie le même jour (on parle alors d'hospitalisation de jour et d'hospitalisation en chirurgie ambulatoire).

MALADIE

Toute altération de santé constatée par une autorité médicale compétente et n'ayant pas pour origine un accident corporel.

MATERNITÉ

Période allant du début de la grossesse, constatée médicalement, jusqu'à l'accouchement.

MÉDICAMENT

Substance ou composition présentée comme possédant des propriétés curatives ou préventives, ainsi que toute substance ou composition pouvant être utilisée ou administrée, en vue d'établir un diagnostic mé-

dical ou de restaurer, corriger ou modifier leurs fonctions physiologiques en exerçant une action pharmacologique, immunologique ou métabolique.

Le médicament obéit à une réglementation contraignante et s'inscrit dans un circuit de fabrication et de mise à disposition des professionnels et des patients très encadré. **Il doit avoir fait l'objet d'une Autorisation de Mise sur le Marché (AMM)**.

NOUS

Les assureurs mentionnés sur vos Conditions Particulières.

PARCOURS DE SOINS COORDONNÉS

Mode d'accès aux soins prévoyant l'obligation de désigner un médecin traitant et de le consulter en première intention, conformément à la loi.

Le médecin traitant coordonne les soins et adresse le patient vers un autre médecin, dénommé "médecin correspondant", si nécessaire.

Le respect du parcours de soins vous permet de bénéficier des remboursements de la Sécurité sociale sans pénalités. Vous êtes hors parcours de soins lorsque vous n'avez pas choisi de médecin traitant ou lorsque vous consultez un médecin sans prescription préalable du médecin traitant (sauf exceptions prévues par la loi) ; votre ticket modérateur est alors majoré et conformément à la loi sur les contrats "responsables", **cette majoration n'est pas prise en charge par le présent contrat**.

PARTICIPATION FORFAITAIRE

Somme mise à votre charge par le Code de la Sécurité sociale. Elle concerne chaque consultation ou acte réalisé par un médecin, examen de radiologie et analyse de biologie médicale. Le montant total de la participation est plafonné par année civile et conformément à la loi sur les contrats "responsables", **elle n'est pas prise en charge par le présent contrat**.

PATIENT HANDICAPÉ

Personne dont le handicap répond à la définition suivante : toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant.

PRESTATION D'APPAIRAGE

Dans les cas où un patient a besoin d'une paire de lunettes avec deux types de verres différents (indice rétraction différent ou type de verres différents), une prestation d'appairage de verres peut être nécessaire dans un but esthétique et d'équilibrage de la monture.

PRIX LIMITE DE VENTE

Le prix limite de vente d'un dispositif médical en optique (verres et monture) ou aides auditives correspond au prix maximum de vente autorisé pour un dispositif donné.

RÉCLAMATION

Une réclamation est l'expression d'un mécontentement envers un organisme d'assurance ou un intermédiaire d'assurance. Elle peut émaner de toute personne, y compris en l'absence de relation contractualisée : clients (particuliers ou professionnels), anciens clients, bénéficiaires, personnes ayant sollicité du professionnel la fourniture d'un produit ou service ou qui ont été sollicitées par un professionnel, y compris leurs mandataires et leurs ayants droit.

Une demande de service ou de prestation, d'information ou d'avis n'est pas une réclamation.

RÉGIME OBLIGATOIRE (RO)

Régime légal de Sécurité sociale auquel est obligatoirement affilié l'assuré.

REMBOURSÉ

Prise en charge, partielle ou totale, de certaines dépenses de santé par le Régime Obligatoire de Sécurité sociale de l'assuré.

TICKET MODÉRATEUR

Différence, entre la base de remboursement du Régime Obligatoire (prix retenu pour déterminer les remboursements) et le remboursement réel effectué par votre régime de Sécurité sociale, franchises et participations forfaitaires non déduites.

TICKET MODÉRATEUR FORFAITAIRE

Somme mise à votre charge lorsque vous bénéficiez de certains actes techniques, tarifés ou classifiés comme tels par la Sécurité sociale. Elle s'applique aux actes pratiqués en cabinet, en centre ou en établissement de santé (hôpital, clinique) y compris dans le cadre de consultations externes.

VOUS

L'adhérent et/ou l'assuré au contrat tel(s) que désigné(s) aux Conditions Particulières.

1.7 LES EXCLUSIONS GÉNÉRALES COMMUNES AUX GARANTIES SANTÉ ET À L'OPTION ALLOCATION JOURNALIÈRE D'HOSPITALISATION

NE SONT PAS PRIS EN CHARGE dans le cadre des garanties :

- **les soins et les frais réalisés avant ou après la période de garantie,**
- **les soins et les frais réalisés pendant le délai d'attente mentionné sur vos Conditions Particulières**, sauf dans les cas mentionnés à l'article 5.1.2 des présentes Conditions Générales,
- **les soins et les frais non *remboursés* par la Sécurité sociale**, sauf ceux expressément mentionnés sur vos Conditions Particulières,
- **les cures de toute nature autres que les cures thermales acceptées,**
- **les actes réalisés au cours d'un séjour en thalassothérapie,**
- **les traitements esthétiques et leurs conséquences**, sauf s'ils résultent d'une *maladie* ou d'un *accident* ayant donné lieu à une prise en charge par la Sécurité sociale,
- **les séjours en établissement de "long séjour" ainsi que les séjours en établissements médico-sociaux comme les Maisons d'Accueil Spécialisées (M.A.S.), en Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (E.H.P.A.D) et maisons de retraite,**
- **les séjours en centre de rééducation professionnelle,**
- **les majorations pour visite à domicile fixées par la Sécurité sociale en cas de visites non justifiées.**

Conformément à la loi sur les contrats "responsables", ne sont jamais pris en charge :

- **les sanctions, pénalités et majorations du** *ticket modérateur* **prévues à l'article L 871-1 du Code de la Sécurité sociale pour les consultations** *hors parcours de soins coordonnés*,
- **la** *participation forfaitaire* **et les** *franchises* **mentionnées à l'article L 322-2 du Code de la Sécurité sociale.**

Les garanties santé

2.1 LE CHOIX DE VOTRE FORMULE DE GARANTIE

Les formules de garanties sont constituées par l'assemblage de 3 modules de soins différents :

- "Soins courants",
- "Optique, dentaire et aides auditives",
- "Hospitalisation".

Dans chaque module de soins *nous vous* proposons plusieurs niveaux d'indemnisation.

Les niveaux de chacun des modules peuvent être identiques, inférieurs ou supérieurs entre eux. Cependant **l'écart entre chaque niveau d'indemnisation de chaque module de soins doit être au maximum de un**, en plus ou en moins.

Vos Conditions Particulières mentionnent la formule que *vous* avez choisie.

2.2 QUE COMPREND CHAQUE MODULE DE SOINS ?

2.2.1 "SOINS COURANTS"

Dans les limites mentionnées sur vos Conditions Particulières et les conditions d'application décrites à l'article 4.2, vous êtes couvert pour les garanties suivantes :

- **Honoraires médicaux remboursés, dans le parcours de soins coordonnés**

  Honoraires, actes techniques et consultations médicales, y compris celles réalisées à l'hôpital (consultations externes), frais de visites, majoration pour déplacement lors des visites médicalement justifiées et soins réalisés par les médecins généralistes et spécialistes (gynécologues, radiologues, pédiatres, etc).

- **Honoraires médicaux remboursés, hors parcours de soins coordonnés**

  Si vos Conditions Particulières le prévoient, prise en charge du seul *ticket modérateur* **dans les limites prévues pour les contrats "responsables"**.

  Les majorations du *ticket modérateur* **et les dépassements d'honoraires sont exclus.**

- **Ticket modérateur forfaitaire**

  Prise en charge du *ticket modérateur forfaitaire.*

- **Honoraires médicaux des sages-femmes**

  Dès lors qu'ils sont médicalement **prescrits et** *remboursés* par la Sécurité sociale, prise en charge des actes effectués par les **sages-femmes**.

- **Honoraires paramédicaux**

  Dès lors qu'ils sont médicalement **prescrits et** *remboursés* par la Sécurité sociale, prise en charge des actes et prestations qui figurent à la nomenclature, réalisés par les **auxiliaires médicaux** (exemples : masseurs-kinésithérapeutes, infirmiers, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues).

- **Séances d'accompagnement psychologique remboursées par la Sécurité sociale**

  Prise en charge des séances d'accompagnement psychologiques à hauteur du *ticket modérateur* **dans les limites prévues par l'article R 162-65 du Code de la Sécurité sociale**, réalisées

par un psychologue conventionné avec l'assurance maladie, sur orientation d'un médecin.

- **Analyses et examens de laboratoire**

  Prise en charge des examens et analyses biologiques en laboratoire réalisés sur prescription médicale et *remboursés* par la Sécurité sociale.

- **Frais de transport**

  Prise en charge des frais de transport, médicalement **prescrits et** *remboursés* par la Sécurité sociale.

- **Actes de radiologie et imagerie médicale**

  Prise en charge des actes d'imagerie médicale, de radiologie dont ostéodensitométrie, d'échographie, I.R.M, endoscopie et scanner lorsqu'ils sont médicalement **prescrits et** *remboursés* par la Sécurité sociale.

- **Actes et soins médicaux prescrits et non remboursés par la Sécurité sociale**

  Si vos Conditions Particulières le prévoient et lorsqu'ils ne sont pas *remboursés* par la Sécurité sociale, prise en charge des actes médicalement **prescrits** ci-après : **amniocentèse, phlébologie, fécondation in vitro et péridurale**.

- **Séances d'ostéopathie, de chiropractie, consultations diététiques, séances d'ergothérapie, de psychomotricité, séances chez un psychologue, séances d'étiopathie, d'acupuncture, et de pédicurie/podologie non remboursées par la Sécurité sociale**

  Si vos Conditions Particulières le prévoient, prise en charge de soins réalisés par les professionnels de la santé diplômés suivants :

  - des séances d'ostéopathie,
  - des séances de chiropractie,
  - des consultations, par un diététicien, non prises en charge par la Sécurité sociale,
  - des séances d'ergothérapie, non prises en charge par la Sécurité sociale,
  - des séances de psychomotricité,
  - des séances chez un psychologue, non prises en charge par la Sécurité sociale. Ces séances et consultations doivent être réalisées par un professionnel diplômé et enregistré dans le répertoire Adeli ou dans le Répertoire Partagé des Professionnels de Santé (RPPS),
  - des séances d'étiopathie,
  - des séances d'acupuncture, non prises en charge par la Sécurité sociale,
  - des séances de pédicurie/podologie, non remboursées par la Sécurité sociale.

- **Cure thermale**

  Si vos Conditions Particulières le prévoient, le montant de votre garantie couvre ce qui reste à votre charge après le remboursement de la Sécurité sociale, en matière de frais de soins, de frais de séjour et frais de transport pour les cures thermales médicalement **prescrites, acceptées et** *remboursées* par la Sécurité sociale.

- **Médicaments et vaccins prescrits et remboursés par la Sécurité sociale**

  Si vos Conditions Particulières le prévoient, prise en charge des *médicaments* **et vaccins** médicalement **prescrits et** *remboursés* par la Sécurité sociale.

- **Médicaments, vaccins, contraceptifs, prescrits et non remboursés par la Sécurité sociale**

  Si vos Conditions Particulières le prévoient, prise en charge :

  - des *médicaments* et des vaccins (exemples : vaccins contre la grippe, vaccins du voyageur) médicalement **prescrits** mais non *remboursés* par la Sécurité sociale,
  - des contraceptifs **prescrits** mais non *remboursés*, tels que pilules, implants, patchs, **à l'exclusion des préservatifs**,
  - du sport sur ordonnance (ou activité physique adaptée) sur prescription médicale dans le cadre du parcours de soins coordonnés et dispensé par un professionnel autorisé pour certains patients, dans le cadre des articles L 1172-1 et D 1172-1 à 5 du Code de la Santé Publique.

- **Médicaments en automédication et pharmacie préventive, ni prescrits ni remboursés par la Sécurité sociale**

  Si vos Conditions Particulières le prévoient, prise en charge :

  - **des *médicaments* en automédication**, *médicaments* vendus librement en pharmacie et utilisés dans les traitements contre :
    . le rhume et le rhume des foins (rhinite allergique),
    . les maux de gorge et troubles respiratoires,
    . les douleurs, fièvres et maux de tête,
    . les troubles digestifs,
  - **de la pharmacie préventive**, produits pharmaceutiques préventifs vendus librement en pharmacie ci-après :
    . préservatifs,
    . sevrages tabagiques,
    . autotests de détection d'infections urinaires,
    . autotests de détection du cancer colorectal.

- **Honoraires de dispensation**

  Prise en charge des *honoraires de dispensation* **lorsque la délivrance fait suite à une prescription médicale de** *médicaments* remboursables.

- **Matériel médical prescrit et remboursé par la Sécurité sociale**

  Bien médical figurant sur la liste des produits et prestations (LPP) remboursables par l'assurance maladie obligatoire.

  Prise en charge des frais de :

  - **petit appareillage**

    (exemples : pansements, matériels d'aide à la vie, semelles orthopédiques, prothèses capillaires) médicalement **prescrit et** *remboursé* par la Sécurité sociale,

  - **grand appareillage**

    (exemples : les fauteuils roulants, les lits médicalisés) médicalement **prescrit et** *remboursé* par la Sécurité sociale,

  - **matériel médical équipement 100 % santé (location courte durée de fauteuils roulants, prothèses capillaires de classe II)** : prise en charge plafonnée aux prix limites de vente,

  - **appareillage orthopédique**

    (exemples : les prothèses internes et externes, les chaussures orthopédiques) médicalement **prescrit et** *remboursé* par la Sécurité sociale.

2.2.2 "OPTIQUE, DENTAIRE ET AIDES AUDITIVES"

Dans les limites mentionnées sur vos Conditions Particulières et les conditions d'application du contrat décrites à l'article 4.2, *vous* êtes couvert pour les garanties suivantes :

OPTIQUE

- **Montures, verres correcteurs et lentilles de contact**

  Prise en charge des frais de montures, de verres correcteurs et de lentilles correctrices (y compris jetables) **s'ils sont** médicalement **prescrits**, **à l'exclusion des produits d'entretien**.

  Pour les verres, le montant de la prise en charge varie selon le type et la correction, en fonction des critères suivants :

  - les **verres simples** correspondent aux :
    . verres unifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre - 6,00 et + 6,00 dioptries,
    . verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre - 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries,
    . verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries,
  - tous les **autres verres** sont regroupés sous l'appellation **verres complexes**.

  En cas d'équipement mixte comportant **un verre simple et un verre complexe**, le remboursement s'effectue sur la base des verres complexes.

  Prise en charge de l'intégralité des frais d'acquisition des prestations et équipements optique (verres et montures), appartenant à la liste 100 % santé telle que fixée réglementairement, à hauteur des *prix limites de vente*. Elle inclut également la *prestation d'appairage* et le supplément applicable pour les verres avec filtre, dans les conditions définies réglementairement.

  Conformément à la réglementation sur les contrats "responsables"**, les frais d'acquisition d'un équipement composé de 2 verres et d'une monture sont pris en charge par période de 2 ans (c'est-à-dire 24 mois minimum entre deux achats),** sauf :

  - pour les *enfants assurés* d**e moins de 16 ans** pour lesquels la prise en charge s'applique **par période d'un an**,
  - pour les cas de renouvellement de l'équipement justifiés par une évolution de la vue ou prévus par la réglementation.

  Prise en charge de l'intégralité de la prestation d'adaptation visuelle dans les cas d'une demande de renouvellement par l'opticien-lunetier d'une ordonnance associée à la prise en charge d'un nouvel équipement.

- **Chirurgies réfractives de l'œil non remboursées**

  Si vos Conditions Particulières le prévoient, *vous* êtes garanti pour les chirurgies réfractives de l'œil non *remboursées* par la Sécurité sociale.

  Il s'agit des chirurgies correctrices de la vision traitant notamment la myopie, la presbytie ou l'astigmatisme.

DENTAIRE

- **Soins dentaires remboursés par la Sécurité sociale**

  Ce sont les soins dentaires, soins conservateurs et détartrages pratiqués par un chirurgien-dentiste et les soins de stomatologie.

- **Inlays/Onlays remboursés par la Sécurité sociale**

  Les inlays et les onlays sont les techniques permettant de reconstruire la dent tout en la gardant vivante.

- **Prothèses dentaires remboursées par la Sécurité sociale**

  Prise en charge :

  - des prothèses dentaires faisant l'objet d'un remboursement par la Sécurité sociale,
  - des inlay cores (dispositif prothétique servant de support pour la mise en place d'une couronne, il est nécessaire lorsque la dent est très délabrée) lorsqu'ils font l'objet d'un remboursement par la Sécurité sociale.

  Prise en charge de l'intégralité des frais dentaires (soins et équipements) appartenant à la liste "100% santé" telle que fixée réglementairement, à hauteur des *honoraires limites de facturation*.

  Cette prise en charge s'applique aux actes définis par arrêté soit :

  - selon le type de prothèse, la localisation et le matériau utilisé,
  - selon le service rendu et les caractéristiques esthétiques.

- **Prothèses dentaires et parodontie non remboursées par la Sécurité sociale**

  Si vos Conditions Particulières le mentionnent, prise en charge des prothèses dentaires et des frais de parodontie (soins et chirurgie de l'ensemble des tissus de soutien des dents) non *remboursés* par la Sécurité sociale.

- **Implants dentaires non remboursés par la Sécurité sociale**

  Si vos Conditions Particulières le mentionnent, prise en charge des frais de pose d'implants avec pilier implantaire.

- **Orthodontie enfant**

  L'orthodontie est une spécialité médicale qui permet de corriger les mauvaises positions de certaines dents ainsi que les malformations des mâchoires afin de redonner une denture fonctionnelle et esthétique.

  Prise en charge de l'orthodontie **acceptée et** *remboursée* par la Sécurité sociale, **c'est-à-dire celle débutée chez l'enfant de moins de 16 ans**.

  L'orthodontie pratiquée chez l'adulte n'est pas prise en charge.

AIDES AUDITIVES

- **Aides auditives**

  Les aides auditives sont des dispositifs médicaux visant à compenser une perte auditive, délivrées par des audioprothésistes diplômés, sur prescription médicale.

  Prise en charge des frais de prothèses et appareillages auditifs médicalement **prescrits et** *remboursés* par la Sécurité sociale (y compris les piles et accessoires).

À compter du 1er janvier 2021, **prise en charge de l'intégralité des frais d'acquisition d'un équipement "100% santé"** à hauteur des *prix limites de vente*.

Pour les adultes et les *enfants assurés*, la garantie s'applique aux frais exposés pour l'achat d'aides auditives (une pour chaque oreille) **par période de 4 ans (c'est-à-dire 48 mois minimum entre chaque achat)**.

2.2.3 "HOSPITALISATION"

Les garanties s'appliquent aux *hospitalisations* :

- ayant pour but le traitement médical ou chirurgical **d'une** *maladie*, **d'un** *accident* **ou d'une** *maternité*,
- **en soins palliatifs, moyens séjours, soins de suite et de réadaptation**, séjours en établissements de **rééducation fonctionnelle**,
- en *établissements spécialisés*.

Dans les limites mentionnées sur vos Conditions Particulières et les conditions d'application du contrat décrites à l'article 4.2, vous êtes couvert pour les garanties suivantes :

- **Honoraires médicaux et chirurgicaux remboursés**

  Ensemble des honoraires de consultations et frais de soins liés aux traitements et aux actes chirurgicaux pratiqués au cours d'une *hospitalisation*, y compris en cas d'*hospitalisation* de jour et en chirurgie ambulatoire.

- **Frais de séjour remboursés**

  Frais de séjour (ou prix de pension) facturés au cours d'une *hospitalisation*.

- **Ticket modérateur forfaitaire**

  Prise en charge du *ticket modérateur forfaitaire*.

- **Forfait journalier hospitalier**

  Participation de la personne hospitalisée aux frais d'entretien et d'hébergement, facturée pour toute *hospitalisation*. Son montant varie selon le type d'établissement de soins.

- **Forfait patient urgence**

  Participation forfaitaire laissée à la charge de l'*assuré* pour tout passage non programmé dans les services d'urgences d'un établissement de santé lorsque ce passage n'est pas suivi d'une *hospitalisation* dans un service de médecine, de chirurgie, d'obstétrique ou d'odontologie de l'établissement.

- **Chambre particulière**

  Si vos Conditions Particulières le prévoient, prise en charge du supplément facturé par l'établissement hospitalier **dans les limites indiquées aux Conditions Particulières**, pour la chambre particulière demandée par la *personne assurée*.

- **Forfait multimédia**

  Si vos Conditions Particulières le prévoient, prise en charge des frais de télévision, de téléphone, de connexion internet, de location d'appareil multimédia etc., **dans les limites indiquées aux Conditions Particulières**.

- **Frais de transport**

  Prise en charge des frais de transport médicalement **prescrits et** *remboursés* par la Sécurité sociale, **figurant sur vos Conditions Particulières**.

- **Frais d'accompagnement**

  Si vos Conditions Particulières le prévoient, règlement des frais engagés à l'occasion d'une *hospitalisation* (exemples : repas de l'accompagnant, lit supplémentaire…).

  Prise en charge dans les établissements où l'accompagnement est autorisé (ou en "Maison des Parents").

  Garantie non applicable en *établissement spécialisé***.**

- **Prime de naissance ou d'adoption**

  Si vos Conditions Particulières le prévoient, *vous* bénéficiez d'une prime forfaitaire à la naissance ou à l'adoption de votre enfant.

  Cette prime est versée uniquement si votre enfant est inscrit à son tour en tant qu'*assuré* sur votre contrat **dans les 3 mois de sa naissance ou de son adoption**. Une seule prime est versée par famille (au père ou à la mère) à cette occasion.

2.3 LA PRÉVENTION

En tant que bénéficiaire d'un contrat "responsable", *vous* êtes garanti pour l'ensemble des **prestations de prévention** couvertes par le *Régime Obligatoire (RO)*.

Nous intervenons en complément du Régime Obligatoire (RO), **dans la limite des montants de chacune des garanties indiquées sur vos Conditions Particulières**.

L'OPTION ALLOCATION JOURNALIÈRE D'HOSPITALISATION

3.1 LES RÈGLES DE FONCTIONNEMENT

Si vos Conditions Particulières le mentionnent, il s'agit du versement d'une somme forfaitaire pour chaque journée d'*hospitalisation*.

L'*hospitalisation* doit être médicalement **prescrite**, être *remboursée* par la Sécurité sociale et débuter postérieurement à la date d'effet de l'adhésion ou de l'ajout d'un *assuré*. Ces allocations journalières sont versées uniquement pour les séjours se déroulant pendant la période de garantie.

Les allocations journalières ne sont dues qu'à compter du jour qui suit la première nuit d'*hospitalisation*.

3.2 LES SÉJOURS HOSPITALIERS OUVRANT DROIT À LA GARANTIE

La garantie s'applique dans les établissements hospitaliers publics ou privés agréés par le Ministère de la Santé, dans un **service de court séjour** (médecine, chirurgie, *maternité*) **exclusivement**.

La garantie s'applique **uniquement sur le territoire métropolitain et dans les départements et régions d'outre-mer**.

Outre ce qui figure aux exclusions générales, article 1.7, les séjours dans les établissements suivants SONT ÉGALEMENT EXCLUS de la garantie :

- **l'*hospitalisation* de jour,**
- **les séjours en instituts médico-pédagogiques,**
- **les séjours en *établissements spécialisés*,**
- **les séjours en établissements de rééducation fonctionnelle,**
- **les moyens séjours et les séjours en établissements de soins palliatifs,**
- **les séjours en soins de suite et de réadaptation.**

3.3 LE PLAFOND DE LA GARANTIE

Le montant journalier de l'allocation forfaitaire ainsi que le nombre de jours maximum de versements de celle-ci **figurent sur vos Conditions Particulières**.

Ces limites s'entendent par *assuré*.

Le règlement des prestations

L'*adhérent* reçoit le règlement des prestations de santé au nom et pour le compte de l'ensemble des *assurés* au contrat.

4.1 QUE DEVEZ-VOUS FAIRE ?

4.1.1 LA TÉLÉTRANSMISSION

L'*adhérent* et les *personnes assurées*, peuvent nous autoriser à recueillir directement auprès de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) ou de tout autre organisme gestionnaire du *Régime Obligatoire (RO)*, les informations nécessaires aux remboursements complémentaires prévus au contrat.

4.1.2 LES DOCUMENTS À NOUS COMMUNIQUER

L'*assuré* doit *nous* adresser dans les meilleurs délais, et au plus tard **dans les 2 ans qui suivent le remboursement de Sécurité sociale ou l'engagement des dépenses**, les justificatifs décrits ci-après.

- **Pour les actes et soins médicaux, la pharmacie ainsi que les frais d'optique, dentaire et d'appareillage remboursés par la Sécurité sociale :**
  - les décomptes de la Sécurité sociale sauf s'ils ont été adressés par télétransmission et/ou tiers payant,
  - la prescription médicale,
  - le justificatif de changement de vue en cas de renouvellement de l'équipement optique sur une période inférieure à 2 ans, c'est-à-dire :
    . une attestation de l'ophtalmologiste, certifiant que la vue de l'*assuré* a évolué,
    . ou, à défaut, la communication de l'ancienne et de la nouvelle ordonnance,
  - les factures originales acquittées précisant le montant des dépenses.
- **Pour les actes et soins médicaux ainsi que les frais d'optique, dentaire et d'appareillage non remboursés par la Sécurité sociale :**
  - la prescription médicale (quand elle existe),
  - les factures originales acquittées et détaillées.
- **Pour les consultations et séances auprès de professionnels non pris en charge par la Sécurité sociale :**
  - les factures originales acquittées comportant les coordonnées, qualifications et numéro ADELI ou RPPS du professionnel.
- **Pour la pharmacie prescrite non remboursée par la Sécurité sociale ainsi que les médicaments en automédication et la pharmacie préventive non remboursés :**
  - la prescription médicale pour les *médicaments*, vaccins et contraceptifs **prescrits**,
  - les factures originales acquittées et détaillées.
- **Pour les hospitalisations :**
  - les décomptes de la Sécurité sociale,
  - les factures acquittées et détaillées,
  - le "bulletin d'hospitalisation" renseigné précisant la durée du séjour et mentionnant le service d'hospitalisation.

  Nous nous réservons la possibilité de demander toute pièce complémentaire nécessaire à la gestion du dossier.

- **Pour l'option Allocation Journalière d'Hospitalisation**

  Le "bulletin d'hospitalisation" renseigné, précisant la durée du séjour et mentionnant le service d'hospitalisation.

4.1.3 L'ADRESSE DE CORRESPONDANCE

GMF Prestations Santé - TSA 64405 77213 Avon cedex.

4.2 QUE RÉGLONS-NOUS ?

4.2.1 LES CONDITIONS D'APPLICATION DE VOS GARANTIES

Pour que vos frais soient pris en charge, la **date des soins ou celle de toute autre prestation doit se situer entre la date de prise d'effet des garanties** (y compris pour des soins **prescrits** antérieurement) **et la date de cessation des garanties**.

4.2.2 LES MODALITÉS D'APPLICATION DES LIMITES DE REMBOURSEMENTS

Les **limites de remboursements** de votre contrat sont précisées sur **vos Conditions Particulières**.

- **Pour la Garantie Optique adulte**, s'agissant des lunettes, la garantie s'applique aux frais exposés pour l'achat **d'un équipement** composé de 2 verres et d'une monture, **par période de 2 ans (c'est-à-dire 24 mois minimum entre 2 achats). Le délai court à compter de la date de facturation**.

  Exceptions : la garantie s'applique de manière anticipée en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue, répondant aux critères fixés réglementairement et dans les cas de renouvellements spécifiques prévus par la réglementation.

- **Pour la Garantie Optique enfant**, la garantie s'applique **par période d'un an** pour les *enfants assurés* **de moins de 16 ans** et **par période de 2 ans pour les** *enfants assurés* **de 16 ans et plus** sauf cas de renouvellements anticipés prévus par la réglementation.

- **Pour la Garantie Aides Auditives, pour les adultes et les** *enfants assurés*, la garantie s'applique aux frais exposés pour l'achat d'aides auditives (une pour chaque oreille) **par période de 4 ans (c'est-à-dire 48 mois minimum entre chaque achat). Le délai court à compter de la date de facturation**.

  Il court séparément pour chacun des équipements correspondant à chaque oreille.

  Ces nouvelles dispositions sur le renouvellement s'appliquent à partir du 1er janvier 2021 et tiennent compte des 4 années antérieures.

  Avant cette date les renouvellements sont libres.

- **Pour les autres garanties**, les limites de remboursements **exprimées par an s'entendent par** *année d'assurance* **et non par année civile**.

Les montants de garanties non consommés au cours d'une *année d'assurance* **ne se reportent pas d'une année sur l'autre ou au profit d'un autre assuré.**

Les remboursements interviennent toujours dans la limite des frais réellement exposés par l'*assuré*.

Les limites de remboursements sont calculées par *personne assurée*.

Les limites de remboursement exprimées en pourcentage de la *Base de Remboursement de la Sécurité sociale (BR)*, incluent le taux de remboursement du *Régime Obligatoire (RO)*.

Les limites de remboursement exprimées en euros interviennent en complément des remboursements du *Régime Obligatoire (RO)*, à l'exception des équipements optiques (verres et montures) pour lesquels le remboursement *Régime Obligatoire (RO)* est inclus.

La *participation forfaitaire* et les *franchises* ne sont pas prises en charge.

Pour les *hospitalisations* en *établissement spécialisé* la prise en charge des honoraires, frais de chambre particulière et forfait multimédia, **comporte des limitations spécifiques décrites sur vos Conditions Particulières**.

4.2.3 LES LIMITATIONS SPÉCIFIQUES DURANT LA PÉRIODE PROBATOIRE

Lors de l'adhésion au contrat, une période probatoire peut être applicable. **Elle entraîne une limitation de prise en charge de vos frais de soins, hors équipement 100% Santé.**

Cette limitation **temporaire** des remboursements concerne uniquement les frais d'**optique** (en dehors des chirurgies réfractives de l'œil), les **prothèses dentaires non *remboursées*** par la Sécurité sociale, **la parodontie non *remboursée*, ainsi que les implants dentaires**.

La durée de cette période probatoire et les limitations de remboursement par type de soins sont précisées sur vos Conditions Particulières.

Lorsque l'inscription d'un nouvel *assuré* intervient au cours de la période probatoire, celle-ci est appliquée uniquement pour la durée restant à courir au contrat à cette date.

4.3 LES SERVICES SANTÉCLAIR

Conformément à la loi, les *assurés* disposent du libre choix de leur professionnel de santé (opticien, dentiste, audioprothésiste, etc.)

Cependant, ***vous*** pouvez bénéficier des services proposés et gérés par notre partenaire Santéclair tels que :

- l'accès au réseau de professionnels de la santé de Santéclair avec plus de 7 000 partenaires pratiquant le tiers payant et proposant des tarifs négociés ***vous*** permettant de diminuer vos restes à charge,
- un service d'analyse de vos devis santé en optique, prothèses dentaires, audioprothèses, ou en chirurgie lorsque ***vous vous*** rendez chez un professionnel de la santé qui ne fait pas partie des réseaux partenaires de Santéclair.

Vous bénéficiez également d'un ensemble de services en ligne :

- géolocalisation des partenaires de Santéclair pour bénéficier de tarifs négociés,
- services digitaux pour mieux vous soigner et préserver votre santé.

Les services santé sont accessibles à partir de votre espace client sur gmf.fr et sur l'application "Mobile GMF".

Ces services sont susceptibles d'évoluer dans le temps et sont proposés par Santéclair, partenaire de GMF (RCS Nantes n° 428 704 977 - Siège social : 7 Mail Pablo Picasso 44000 Nantes).

4.4 L'ATTESTATION DE TIERS PAYANT ET L'ENGAGEMENT DE PRISE EN CHARGE HOSPITALIÈRE

- **Attestation de tiers payant**

Vous disposez d'un service de **tiers payant complémentaire** auprès des professionnels de la santé qui l'acceptent et avec lesquels *nous* avons des accords. Ce service *vous* permet d'éviter l'avance des frais de soins avant le remboursement par la Sécurité sociale et/ou par vos garanties complémentaires.

Le tiers payant complémentaire intervient pour les dépenses prises en charge par vos Garanties Santé, en partie ou en totalité, sur présentation de votre attestation de tiers payant à jour, auprès des professionnels de santé signataires.

Seules les dépenses de santé mentionnées sur votre attestation sont prises en charge en tiers payant. Cette attestation personnelle est renouvelée annuellement et délivrée au domicile de l'*adhérent*.

Celle-ci ne pourra plus être utilisée et devra *nous* être restituée dans les plus brefs délais en cas de résiliation du présent contrat ou de perte de vos droits d'*assuré* social.

- **Engagement de prise en charge hospitalière**

Sur votre demande, nos services transmettent à l'établissement choisi pour votre *hospitalisation*, un engagement de prise en charge hospitalière. Cet accord est limité aux garanties acquises sur votre contrat au jour de l'*hospitalisation* et *vous* dispense ainsi d'avancer ces frais.

Sa mise en place est conditionnée à l'accord de l'établissement hospitalier.

Les frais non pris en charge par votre garantie (exemples : dépenses personnelles) ou ceux qui excèdent vos garanties, seront à régler directement par *vous*.

4.5 LE CUMUL D'ASSURANCES SANTÉ

Si ***vous*** bénéficiez d'une autre garantie santé complémentaire auprès d'un organisme de prévoyance ou d'assurance santé, il ***vous*** est rappelé que **par l'application du principe indemnitaire, 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 après les remboursements de toute nature auxquels *vous* avez droit**.

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* pouvez obtenir l'indemnisation en *vous* adressant à l'organisme de votre choix.

Si des remboursements ont déjà été effectués par un autre organisme, ***vous*** devez ***nous*** fournir les justificatifs originaux et les décomptes de cet organisme. ***Nous vous*** réglons alors le reste à charge en fonction des Garanties Santé de votre contrat.

Dans tous les cas, vos remboursements sont limités au montant de votre dépense réelle. Dans le cas où le cumul des remboursements servis au titre du contrat ou par un autre organisme assureur donnerait lieu à un remboursement total supérieur au montant de l'ensemble des dépenses réellement exposées, les remboursements ou indemnisation servis au titre du règlement seraient réduites à due concurrence.

L'***assuré*** recevant de quelque organisme que ce soit, un remboursement dépassant le montant réel de sa dépense sera dans l'obligation de lui en reverser le montant.

La vie du contrat

5.1 LA PRISE D'EFFET DE VOS GARANTIES

5.1.1 LA PRISE D'EFFET IMMÉDIATE

Vos garanties prennent effet à compter de la date indiquée sur vos Conditions Particulières.

5.1.2 LE DÉLAI D'ATTENTE

Si vos Conditions Particulières le prévoient, un délai d'attente est applicable avant toute prise en charge ou versement :

- des frais de soins liés à une *hospitalisation* concernant des frais de dépassements d'honoraires, de chambre particulière, de frais d'accompagnement ou de *forfait multimédia*, **à l'exception du** *ticket modérateur* **sur les honoraires, les frais de séjour et de transport, du** *forfait journalier hospitalier* **et du** *ticket modérateur forfaitaire,*
- de la prime de naissance ou d'adoption.

Sa durée est précisée sur vos Conditions Particulières.

Lorsque l'inscription d'un nouvel *assuré* intervient au cours du délai d'attente, celui-ci est appliqué uniquement pour la durée restant à courir au contrat pour *vous* à cette date.

Ce délai d'attente n'est pas appliqué :

- si l'*hospitalisation* de l'*assuré* est consécutive à un *accident* postérieur à son inscription au contrat,
- si l'*adhérent*, **lorsqu'il est** *assuré* **au contrat, fournit lors de son adhésion** des justificatifs détaillés (certificat de radiation, certificat de résiliation…) d'un précédent contrat santé, le garantissant auprès d'un autre organisme au jour de son adhésion au contrat ou résilié depuis moins de 3 mois à cette date.

5.2 DÉLAI DE RENONCIATION AU CONTRAT SOUSCRIT DANS LE CADRE D'UN DÉMARCHAGE

Délai de renonciation au contrat souscrit dans le cadre d'un démarchage au domicile ou sur le lieu de travail (article L 112-9 du Code des assurances).

Toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, et qui signe dans ce cadre une proposition d'assurance ou un contrat à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée avec accusé de réception pendant le délai de 14 jours calendaires révolus à compter du jour de la conclusion du contrat ou de la date de réception des informations pré-contractuelles, sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités.

Cette disposition n'est pas applicable si *vous* **avez déjà mis en jeu les garanties du contrat.**

Il *vous* **suffit d'envoyer votre lettre de renonciation en recommandée avec accusé de réception à GMF - "service renonciation" 45930 Orléans cedex 09**, selon le modèle ci-après.

Vos garanties cesseront à compter de la réception de votre lettre de renonciation et

vous serez remboursé dans les 30 jours des sommes déjà versées excepté celles correspondant à la période de garantie déjà écoulée.

"Je soussigné(e) (nom, prénom, adresse complète) désire renoncer au contrat souscrit dans le cadre d'un démarchage (nom du contrat, numéro de contrat, date de souscription).

Date et signature".

5.3 LA DURÉE DE VOS GARANTIES

Votre contrat est annuel et renouvelé automatiquement d'année en année à chaque *échéance principale* par tacite reconduction.

Les Garanties Santé **sont des garanties viagères et ne sauraient être résiliées par *nous* en fonction de votre âge ou de votre état de santé actuel ou futur tant que vous remplissez les conditions prévues à l'article 1.4 des présentes Conditions Générales**.

L'option Allocation Journalière d'***Hospitalisation*** **prend fin automatiquement à l'*échéance principale* qui suit le 70ème anniversaire de chaque *personne assurée*** en bénéficiant.

5.4 L'ÉVOLUTION DE VOS GARANTIES

Vous pouvez faire évoluer les garanties des *assurés*, à la hausse comme à la baisse, après **un délai minimum d'un an d'assurance dans la formule choisie et ce pour chacun des *assurés***.

Les modifications législatives ou réglementaires peuvent entraîner une baisse des remboursements de votre *Régime Obligatoire (RO)*. **Afin de conserver l'équilibre initial du contrat, *nous* pourrons réviser à la baisse les garanties impactées.**

Vous en serez tenu informé par écrit **3 mois au minimum** avant la date prévue de son entrée en vigueur.

Vous pourrez alors **dénoncer votre adhésion en raison de ces modifications** ou accepter cette modification en maintenant votre adhésion dans les nouvelles conditions.

5.5 VOTRE COTISATION

Les critères tarifaires retenus pour le calcul de votre cotisation sont **l'âge de chaque *assuré***, les niveaux des Garanties Santé, le *Régime Obligatoire (RO)* de Sécurité sociale de chaque ***assuré***, le lieu de résidence de l'***adhérent***, le nombre de ***personnes assurées*** au contrat ainsi que la présence d'options au contrat.

- **Évolution de votre cotisation à l'échéance principale :**
  - évolution **automatique en fonction de l'âge de chaque *personne assurée***,
  - évolution du fait des résultats techniques pour l'ensemble des ***assurés*** au contrat collectif, relevant des mêmes catégories et critères tarifaires.

- **Évolution de votre cotisation en cours d'année suite à :**
  - changement du lieu de résidence de l'*adhérent*,
  - changement de *Régime Obligatoire (RO)* d'un *assuré*,
  - modifications législatives ou réglementaires de nature fiscale ou sociale, en particulier celles ayant un impact sur les remboursements de votre régime de Sécurité sociale.

Dans ces hypothèses, l'*adhérent* a la possibilité de résilier son adhésion 3 mois après en avoir eu connaissance.

5.6 VOS DÉCLARATIONS ET LEURS CONSÉQUENCES

L'*adhérent* est tenu de *nous* informer **dans les 15 jours** de sa connaissance de **tout événement** concernant chaque *personne assurée* et susceptible de modifier les modalités de gestion à savoir notamment tout **changement** :

- de numéro de Sécurité sociale,
- de caisse primaire d'assurance *maladie* ou du centre de paiement,
- de régime de Sécurité sociale,
- de domicile ou de coordonnées bancaires,
- dans la situation ou la composition familiale, notamment naissance, mariage, conclusion d'un pacte civil de solidarité, séparation, divorce, décès ou perte de la qualité d'*ayant droit*.

Le changement de régime social pour un autre régime autorisé par le contrat est pris en compte à la date de changement effectif du régime, même en cas de notification tardive.

Toute réticence ou déclaration intentionnellement fausse de l'*adhérent*, à l'adhésion ou au cours de l'adhésion, lorsqu'elle change l'objet du risque ou en diminue notre opinion, même si elle a été sans influence sur le règlement de prestations santé et/ou le versement d'allocations journalières d'hospitalisation, entraîne le recouvrement des sommes indûment versées et une action judiciaire aux fins d'obtenir réparation de notre préjudice.

Toute omission ou déclaration inexacte non intentionnelle de l'*adhérent* entraîne soit la résiliation du contrat, soit l'augmentation des cotisations, soit la diminution des prestations, en application des dispositions prévues par le Code des assurances.

La preuve de la réticence ou du caractère intentionnellement faux des déclarations de l'*adhérent nous* incombe.

5.7 LE PAIEMENT DE VOTRE COTISATION ET LES CONSÉQUENCES DU NON-PAIEMENT

Le montant de votre cotisation *vous* est communiqué lors de chaque *échéance*, sur votre **avis d'***échéance*. Elle est payable annuellement et d'avance sauf mention contraire sur vos Conditions Particulières et sur l'**avis d'***échéance*.

Si *vous* ne payez pas votre cotisation ou une fraction de cotisation réclamée dans les 10 jours suivant son *échéance*, *nous* pouvons *vous* envoyer par lettre recommandée une mise en demeure adressée à votre dernier domicile déclaré.

Celle-ci entraîne la suspension des garanties 30 jours plus tard.

À défaut de règlement dans les 40 jours qui suivent l'envoi de cette mise en demeure, votre adhésion sera résiliée et *vous* serez *vous* et les autres *assurés* exclus du contrat collectif. *Vous* perdrez de ce fait votre qualité d'*adhérent* à l'A.S.P.D.S.P.

La suspension de la garantie ou la résiliation pour non-paiement de la cotisation ne *vous* dispense pas de l'obligation de payer les cotisations émises.

En cas de résiliation, nous conservons, à titre d'indemnité, la part de cotisation relative à la période comprise entre le jour de la résiliation et celui de la prochaine échéance.

Toutefois, cette part de cotisation ne peut être supérieure à 6 mois de cotisation.

Les frais de soins prescrits ou effectués, durant cette période de suspension et à l'issue de celle-ci en cas de résiliation, ne seront pas pris en charge.

5.8 LA FIN DE VOTRE ADHÉSION/LA RÉSILIATION DU CONTRAT

Votre adhésion au contrat est annuelle et reconduite automatiquement d'année en année.

Vous disposez d'un droit annuel de résiliation à l'*échéance principale* moyennant **un préavis de 2 mois** ainsi **qu'en cours d'année dans certaines circonstances décrites** dans le tableau ci-après.

Lorsque votre adhésion est résiliée à l'échéance, la date de départ du délai de préavis est celle de votre demande (date du recommandé, cachet de la poste de la lettre simple, date du mail ou du message, date de l'appel téléphonique, date du récépissé délivré par l'Agence GMF).

Vous **pouvez également résilier votre adhésion santé à tout moment, sans frais ni pénalités, à l'expiration d'un délai d'un an à compter de la date de souscription.**

Cette résiliation prend effet **un mois** après que *nous* en ayons reçu notification.

La résiliation de votre adhésion doit *nous* être notifiée par déclaration auprès de nos conseillers (en agence ou téléphone) ou par lettre ou support durable (messagerie sécurisée au sein de votre espace client sur gmf.fr, messagerie sécurisée sur l'Application "GMF Mobile", mail).

Vous pouvez donner mandat à votre nouvel assureur de se charger de la résiliation qui doit *nous* **être notifiée par lettre recommandée, y compris électronique**.

Nous vous rembourserons le solde de la cotisation correspondant à la période non garantie, dans un délai de 30 jours à compter de la résiliation.

Le contrat peut être résilié dans les cas et conditions énoncés dans les tableaux ci-dessous :

RÉSILIATION PAR NOUS		
MOTIFS	**DÉLAI D'ENVOI DE LA LETTRE RECOMMANDÉE**	**PRISE D'EFFET**
Non-paiement de votre cotisation ou d'une fraction de cotisation.	Envoi d'une lettre de mise en demeure au plus tôt 10 jours après l'échéance.	Suspension 30 jours après l'envoi de la lettre de mise en demeure. Résiliation 10 jours après l'expiration du délai de 30 jours précité.
Omission, inexactitude, déclaration intentionnellement fausse ou fraude de l'adhérent (cf. article 5.6).	Envoi d'une lettre recommandée dès que nous en avons connaissance.	Résiliation 10 jours après l'envoi de la lettre recommandée.
Changement de régime de Sécurité sociale vers un régime non accessible au présent contrat.	Dès que nous en avons connaissance.	30 jours après la date d'envoi de notre lettre de résiliation.
Vous ne résidez plus habituellement en France métropolitaine ou dans l'un des départements et régions d'outre-mer.	Dès que nous en avons connaissance.	30 jours après la date d'envoi de notre lettre de résiliation.

RÉSILIATION PAR VOUS		
MOTIFS	**DÉLAI D'ENVOI DE LA NOTIFICATION DE RÉSILIATION**	**PRISE D'EFFET**
Faculté annuelle de résiliation du contrat.	Au plus tard 2 mois avant l'échéance principale.	Au jour de l'échéance principale à zéro heure.
Sans motif, à tout moment.	À tout moment, à l'expiration d'un délai d'un an à compter de la souscription du contrat.	Un mois après votre notification de résiliation du présent contrat.
Adhésion à un contrat groupe santé obligatoire via votre employeur.	À tout moment au cours de votre contrat.	Au 1er jour du mois qui suit la réception de votre demande et d'un justificatif de l'employeur.
Adhésion au bénéfice de la Protection Universelle Maladie (PUMA).	À tout moment au cours de votre contrat.	Au 1er jour du mois qui suit la réception de vos justificatifs.
Adhésion au bénéfice d'un des dispositifs de contrat aidé (CSS).	À tout moment au cours de votre contrat.	Au jour de réception de votre lettre justificative.
Diminution de vos garanties suite à modifications législatives ou réglementaires entrainant des baisses des remboursements de votre Régime Obligatoire (RO) (cf article 5.4).	Au plus tard 3 mois suivant la date de connaissance.	Un mois après votre notification de résiliation du présent contrat.
Augmentation de votre cotisation suite à changement du lieu de résidence de l'adhérent, de changement de Régime Obligatoire d'un assuré ou de modifications législatives ou réglementaires de nature fiscale ou sociale, en particulier celles ayant un impact sur les remboursements de votre régime de Sécurité sociale (cf. article 5.5).	Au plus tard 3 mois suivant la date de connaissance.	Un mois après votre notification de résiliation du présent contrat.
Changement de régime de Sécurité sociale vers un régime non accessible au présent contrat.	Dès que vous en avez connaissance.	Un mois après votre notification de résiliation du présent contrat.
Vous ne résidez plus habituellement en France métropolitaine ou dans l'un des départements et régions d'outre-mer.	Dès que vous en avez connaissance.	Un mois après votre notification de résiliation du présent contrat.

Lorsque *nous* **résilions le contrat**, *nous vous* adressons la notification par lettre recommandée à votre dernier domicile déclaré.

Lorsque le contrat est résilié au cours d'une période d'assurance, *nous vous* remboursons la fraction de cotisation afférente à la période non garantie **sauf lorsque** *nous* **résilions le contrat pour non-paiement de cotisation**.

5.9 LA SUBROGATION

Il s'agit du droit, de *nous* substituer à la *personne assurée* pour récupérer auprès d'un tiers responsable, les sommes que *nous* avons payées au titre des Garanties Santé.

5.10 LA COMPENSATION

Toutes obligations réciproques, présentes ou futures, entre les parties à l'adhésion s'éteignent par compensation conformément aux articles 1347 et suivants du Code Civil.

5.11 LA PRESCRIPTION

Conformément à l'article L 114-1 du Code des assurances, toutes actions dérivant de ce contrat sont prescrites par 2 ans à compter de l'événement qui y donne naissance

Cette durée est portée à 10 ans quand le *bénéficiaire* est une personne distincte de l'adhérent.

La prescription est interrompue dans les conditions prévues par l'article L 114-2 du même Code et, notamment, par l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique, avec avis de réception, adressé à l'*assureur* par le *bénéficiaire* ou l'adhérent, en ce qui concerne le règlement des prestations.

Les dispositions relatives à la prescription des actions dérivant du contrat d'assurance sont fixées par les articles L 114-1 à L 114-3 du Code des assurances qui renvoient aux articles 2240 et suivants du Code Civil reproduits ci-après :

Article L 114-1 du Code des assurances

Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par 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 l'*assuré* ou a été indemnisé par ce dernier.

La prescription est portée à 10 ans dans les contrats d'assurance sur la vie lorsque le ***bénéficiaire*** est une personne distincte de l'adhérent et, dans les contrats d'assurance contre les ***accidents*** atteignant les personnes, lorsque les ***bénéficiaires*** sont les ayants droit de l'***assuré*** décédé. Pour les contrats d'assurance sur la vie, nonobstant les dispositions du 2°, les actions du ***bénéficiaire*** sont prescrites au plus tard 30 ans à compter du décès de l'***assuré***.

Article L 114-2 du Code des assurances

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

Article L 114-3 du Code des assurances

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

Les causes ordinaires de la prescription sont :

Article 2240 du Code Civil

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

Article 2241 du Code Civil

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

Article 2242 du Code Civil

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

Article 2243 du Code Civil

L'interruption est non avenue si le demandeur se désiste de sa demande ou laisse périmer l'instance, ou si sa demande est définitivement rejetée.

Article 2244 du Code Civil

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

Article 2245 du Code Civil

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

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

Article 2246 du Code Civil

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

5.12 LA RÉCLAMATION/LA MÉDIATION

Une question, une réclamation ?

Rapprochez-***vous*** de votre conseiller habituel, il est à votre service pour étudier avec ***vous*** votre situation.

Si votre réclamation est formulée à l'oral et que ***vous*** n'obtenez pas entière satisfaction, ***vous*** serez invité à la formaliser sur un support écrit en particulier :

- via la rubrique messagerie de ***votre*** espace GMF : (https://espace-assure.gmf.fr/pointentree/client/messagerie),
- ou par courrier à l'adresse postale : GMF Réclamations, 148 rue Anatole France 92597 Levallois-Perret cedex.

Vous recevrez un accusé de réception sous 10 jours ouvrables maximum à compter de l'envoi de votre réclamation écrite sauf si une réponse ***vous*** a été apportée dans ce délai.

Nous nous engageons à ***vous*** apporter une réponse écrite dans un délai maximum de 2 mois à compter de l'envoi de votre réclamation écrite.

En tout état de cause, 2 mois après l'envoi de votre première réclamation écrite, que ***nous*** y ayons ou non répondu, ***vous*** avez la possibilité de saisir **gratuitement le Médiateur de l'assurance** :

- directement sur le site internet : www.mediation-assurance.org
- ou par courrier à l'adresse suivante : La Médiation de l'Assurance, TSA 50110 - 75441 Paris cedex 09.

Vous disposez d'un délai d'un an à compter de votre réclamation écrite pour saisir le Médiateur de l'assurance.

Dans tous les cas, ***vous*** conservez la faculté de saisir le tribunal compétent.

Notes...

Notes...

0614-9.06.26-crédit photos : Gettyimages/Adobestock



GMF ASSURANCES - Société anonyme d'assurance au capital de 181 385 440 euros entièrement versé - Entreprise régie par le Code des assurances - 398 972 901 R.C.S. Nanterre - APE 6512Z - Siège social : 148, rue Anatole France 92597 Levallois-Perret cedex - Adresse postale : 45930 Orléans cedex 9 - LA SAUVEGARDE - Société anonyme d'assurance au capital de 38 313 200 euros entièrement versé - Entreprise régie par le Code des assurances - 612 007 674 R.C.S. Nanterre - APE 6512Z - Siège social : 148, rue Anatole France 92597 Levallois-Perret cedex - Adresse postale : 45930 Orléans cedex 9 - Éco-circulaire IDU/IREP N° FR231754_03AYXP