

Santé

CONDITIONS GÉNÉRALES /
NOTICE D'INFORMATION

Groupama Santé





Votre contrat Groupama Santé

Votre contrat Groupama Santé est assuré par la Caisse Locale d'Assurances Mutuelles Agricoles identifiée aux Conditions Personnelles ou au certificat d'adhésion et ayant souscrit un traité de Réassurance emportant substitution auprès de la Caisse Régionale d'Assurances Mutuelles Agricoles identifiée dans vos Conditions Personnelles ou dans votre certificat d'adhésion.

Ces entreprises sont régies par le Code des assurances et soumises à l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution, 4 place de Budapest – CS 92459 – 75436 Paris Cedex 09.

Conformément à l'article R322.132 du Code des assurances, la Caisse Régionale réassureur se substitue à votre Caisse Locale réassurée, pour la constitution des garanties prévues par la réglementation des entreprises d'assurances et l'exécution des engagements d'assurance pris par votre Caisse Locale.

Groupama Antilles Guyane, ayant elle-même souscrit un traité de réassurance emportant substitution auprès de :

La Caisse Nationale de Réassurance Mutuelle Agricole GROUPAMA

Appelée « **GROUPAMA ASSURANCES MUTUELLES** »

Siège social : 8-10, rue d'Astorg

75383 PARIS Cedex 08

343 115 135 RCS PARIS

La gestion des prestations d'assistance est déléguée à MUTUAIDE ASSISTANCE, filiale spécialisée du groupe Groupama.

Pour les assurés Groupama Océan Indien et Groupama Antilles Guyane, la gestion des prestations d'assistance est déléguée par Mutuaide Assistance à Groupe Austral Assistance.

MUTUAIDE ASSISTANCE

126, rue de la Piazza

93160 Noisy-le-Grand

La gestion des remboursements en tiers payant est confiée au GIE TPG, filiale spécialisée du groupe Groupama.

Sommaire

1 Votre contrat _____ 5

- 1.1 Définitions pour faciliter votre lecture 5
- 1.2 La composition de votre contrat 10
- 1.3 L'objet de votre contrat 10

2 Vos garanties _____ 11

- 2.1 Étendue territoriale 11
- 2.2 Conditions de garanties et de modalités de remboursement 11
- 2.3 Ce que nous garantissons 12
- 2.4 Ce que nous ne garantissons pas 14

3 Vos garanties d'assistance _____ 15

- 3.1 Étendue territoriale 15
- 3.2 Conditions de mise en oeuvre des garanties d'assistance 15
- 3.3 La téléconsultation 15
- 3.4 Le soutien psychologique 15
- 3.5 Les services d'accompagnement 16
- 3.6 L'assistance santé à domicile 16
- 3.7 L'assistance santé aux personnes en déplacement 17
- 3.8 Ce que nous ne garantissons pas 19
- 3.9 Les exclusions 19

4 La vie de votre contrat _____ 20

- 4.1 Prise d'effet du contrat 20
- 4.2 Durée du contrat 20
- 4.3 Vos déclarations 20
- 4.4 Vos cotisations 20
- 4.5 La modification de votre contrat 21
- 4.6 Le contrôle 21
- 4.7 La déchéance de vos garanties 21
- 4.8 La résiliation de votre contrat 21
- 4.9 Démarchage à domicile et vente à distance 22
- 4.10 Subrogation 22
- 4.11 Délai de prescription 22
- 4.12 Réclamation – Médiation 22
- 4.13 Dématérialisation des échanges relatifs au contrat 23
- 4.14 Protection des données personnelles 24
- 4.15 Organisme de contrôle 26
- 4.16 Lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme 26

5 Annexe _____ 27

- Les statuts APERIA 27

1 Votre contrat

1.1 Définitions pour faciliter votre lecture

Acte Hors Nomenclature (HN)

Actes non inscrits dans une nomenclature et qui ne font pas l'objet d'un remboursement de l'assurance maladie obligatoire française.

Accident

Toute atteinte corporelle, non intentionnelle de la part du bénéficiaire, provenant d'un événement soudain, imprévu, extérieur à la victime et constituant la cause du dommage.

APERIA

Association de Prévoyance, d'Épargne et de Retraite Individuelles et Actives.

Adhérent

Personne signant le certificat d'adhésion au contrat d'assurance de groupe à adhésion facultative souscrit par APERIA auprès de votre Caisse Régionale Groupama, désignée sur ce certificat, et qui s'est engagée à payer les cotisations liées à cette adhésion. Cette personne est également adhérente à l'Association APERIA.

Aide ménagère

Personne qui effectue des travaux d'entretien du domicile. Elle peut être amenée à aider ou à réaliser seule la préparation des repas. Elle peut participer aux courses du quotidien.

Animaux familiers

Chien et chat.

Appareillage

Biens médicaux figurant sur la liste des produits et prestations (LPP) remboursables par l'assurance maladie obligatoire française.

Exemples : véhicules destinés à des personnes en situation de handicap, prothèses capillaires, pansements.

Aides auditives

Appareils améliorant l'audition, il existe différents types d'aides auditives. Elles sont uniquement délivrées par des audioprothésistes, sur prescription d'un médecin ORL ou d'un médecin généraliste.

Auxiliaire de vie

Personne qui aide les personnes malades, handicapées ou fragilisées, très dépendantes pour accomplir les actes de la vie ordinaire. Elle facilite le lever, le coucher, la toilette, les soins d'hygiène (à l'exclusion des soins infirmiers). Elle assure la préparation et la prise des repas, les travaux ménagers. Elle prend en charge les démarches administratives, les sorties et les courses.

Auxiliaires médicaux

Professionnels paramédicaux : les infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues dont les actes sont remboursés, sous certaines conditions, par l'assurance maladie obligatoire française.

Base de remboursement (BR)

Tarif servant de référence à l'assurance maladie obligatoire française 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 française.

Le tarif est fixé par une convention signée entre l'assurance maladie obligatoire française 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 française.

Le tarif est forfaitaire et est très inférieur au tarif de convention.

- Tarif de responsabilité (TR) pour les médicaments, appareillages et autres biens médicaux.

Bénéficiaire

Personne bénéficiaire des garanties du contrat Groupama Santé, désignée comme telle aux Conditions Personnelles ou au certificat d'adhésion. Cette personne est également appelée assuré dans le présent document.

Bilan annuel de prévention dentaire

Examen clinique de prévention réalisé par un chirurgien-dentiste, tel que défini dans la convention nationale des chirurgiens-dentistes, ayant pour objectif l'évaluation de l'état de santé bucco-dentaire, le dépistage précoce des affections dentaires et parodontales, ainsi que la délivrance de conseils personnalisés d'hygiène et de prévention.

Ce bilan est également dénommé examen bucco-dentaire (EBD) lorsqu'il est pris en charge par le régime obligatoire.

Biologie médicale

Ensemble des examens (prélèvements, analyses, actes de vaccination) généralement réalisés par un laboratoire d'analyses de biologie médicale.

Bridge

Au sens de la nomenclature appliquée par le chirurgien-dentiste, prothèse constituée de deux dents piliers et un inter.

Chambre particulière

Prestation proposée par les établissements de santé, permettant à un patient hospitalisé d'être hébergé dans une chambre individuelle (chambre à un lit).

Chirurgie ambulatoire

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

Contrat solidaire

Contrat d'assurance complémentaire santé pour lequel aucun questionnaire médical n'est demandé à l'assuré ni lors de la souscription ni en cours d'exécution du contrat, et dont les cotisations ne sont pas fixées en fonction de l'état de santé des personnes assurées.

Contrat responsable

Contrat d'assurance complémentaire santé qui répond à l'ensemble des conditions mentionnées à l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale et les textes publiés pour son application (articles R.871-1 et R.871-2 du Code de la Sécurité sociale).

Il vise à inciter les assurés à suivre le parcours de soins coordonnés.

Le contrat responsable ne prend pas en charge:

- la participation forfaitaire, pour chaque acte ou consultation pris en charge par le régime social de base et 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;
- les minorations de remboursement du régime social de base lorsque l'assuré se trouve hors parcours de soins coordonnés;
- les franchises médicales sur les médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires;
- les minorations de remboursement du régime social de base lorsque l'assuré refuse un mode de transport partagé;
- la majoration de la participation lorsque le patient n'autorise pas l'accès à son dossier médical selon l'article L.111-15 du code de la santé publique.

Il encadre le remboursement par les contrats d'assurance complémentaire des dépenses de santé comme indiqué dans le tableau en page 7.

Conventionné / non conventionné avec l'assurance maladie obligatoire française

Situation des professionnels de santé et des structures de soins au regard de l'assurance maladie obligatoire française.

1/ Professionnels de santé

Les professionnels de santé sont dits «conventionnés» lorsqu'ils ont adhéré à la convention nationale conclue entre l'assurance maladie obligatoire française et les représentants de leur profession. Ils s'engagent alors à respecter les tarifs de convention.

- Toutefois, les médecins conventionnés de «secteur 2» sont autorisés à facturer avec «tact et mesure» des dépassements d'honoraires sur les tarifs de convention. Cette possibilité de facturer des dépassements est aussi accordée aux chirurgiens-dentistes et stomatologues sur les tarifs des prothèses dentaires et de l'orthodontie.
- Les médecins conventionnés adhérant à l'OPTAM pratiquent des dépassements limités: en signant ce contrat, ils s'engagent à modérer et stabiliser leurs honoraires.
- De manière générale, les professionnels de santé ne doivent pas facturer des dépassements d'honoraires aux bénéficiaires du Contrat Santé Solidaire (CSS).
- Les professionnels de santé «non conventionnés» fixent eux-mêmes leurs tarifs.

2/ Établissements de santé

Ce sont des structures délivrant des soins avec ou sans hébergement.

Les frais pris en charge par l'assurance maladie obligatoire française dans le cadre d'une hospitalisation varient selon que l'établissement a passé ou non un contrat avec l'Agence Régionale de Santé compétente.

Conventionné avec un organisme d'assurance maladie complémentaire

Les organismes d'assurance maladie complémentaire peuvent passer des accords avec certains professionnels ou établissements de santé en vue de permettre à leurs assurés de bénéficier de certains services

ou avantages: tiers-payant, prix négociés...

Contrat santé solidaire (CSS)

Dispositif qui donne droit, sous certaines conditions, à une assurance maladie complémentaire gratuite.

Cure thermique

Séjour dans un centre thermal afin de traiter certaines affections.

Date d'effet

Date à laquelle votre contrat d'assurance complémentaire santé entre en vigueur.

Date d'échéance annuelle

Date à laquelle votre contrat d'assurance complémentaire santé se renouvelle chaque année. Elle est indiquée dans vos Conditions Personnelles ou votre certificat d'adhésion.

Décompte des remboursements

Il s'agit:

- soit du décompte de l'assurance maladie indiquant les remboursements effectués par ce dernier;
- soit du décompte de Groupama ou d'un autre assureur indiquant les remboursements effectués au titre de votre contrat complémentaire santé.

Délai de carence

Période qui suit la date d'effet du contrat d'assurance complémentaire santé durant laquelle certains frais de santé ne sont pas remboursés.

Demande de prise en charge par l'organisme d'assurance maladie complémentaire

Demande formulée auprès de l'organisme d'assurance maladie complémentaire, avant d'engager certaines dépenses (hospitalisation...), permettant de vérifier que les soins envisagés sont bien couverts par la garantie.

Dépassement d'honoraires

Part des honoraires qui se situe au-delà de la base de remboursement de l'assurance maladie obligatoire française et qui n'est jamais remboursée par cette dernière.

Dépenses réelles

Montant total des dépenses engagées par une personne pour ses prestations de santé.

Devis

Document présentant les soins ou prestations proposées et leur prix, de manière préalable à leur achat ou à leur réalisation.

Les obligations du contrat responsable

DÉPENSES	Prise en charge obligatoire par le contrat	Si votre contrat rembourse au delà du ticket modérateur, prise en charge complémentaire	
		Minimale	Maximale
SOINS DE VILLE			
 Honoraires des médecins DPTAM	Ticket modérateur		Pas de plafond
 Honoraires des médecins NON DPTAM	Ticket modérateur		 100 %  Prise en charge inférieure d'au moins 20 % à la prise en charge dans le cadre de l'OPTAM
 Auxiliaires médicaux, biologie, transport médical ⁽¹⁾	Ticket modérateur		
 Psychologues remboursés par le régime obligatoire	Ticket modérateur		
MATÉRIEL MÉDICAL			
 Prothèses capillaires de classe II	Ticket modérateur		
 Véhicules pour personne en situation de handicap (VPH)	Ticket modérateur		
MÉDICAMENTS			
 Remboursés à 65 %	Ticket modérateur		
 Remboursés à 30 % et à 15 %	Pas d'obligation de prise en charge		
DENTAIRE			
 Soins	Ticket modérateur		
 Prothèses	Ticket modérateur		
 Orthodontie	Ticket modérateur		
OPTIQUE 			
 Équipement simple	Ticket modérateur	50 €	420 €
 Équipement mixte (verre simple et verre complexe)	Ticket modérateur	125 €	560 €
 Équipement complexe	Ticket modérateur	200 €	700 €
 Équipement mixte (verre simple et verre très complexe)	Ticket modérateur	125 €	610 €
 Équipement mixte (verre complexe et verre très complexe)	Ticket modérateur	200 €	750 €
 Équipement très complexe	Ticket modérateur	200 €	800 €
AUDIOLOGIE			
 Équipement ⁽²⁾	Ticket modérateur	1700 €	
HOSPITALISATION			
 Forfait journalier (hors établissements médico-sociaux)	Illimité		
 Honoraires médicaux	Ticket modérateur		 Identique aux honoraires de ville avec la distinction OPTAM/Non OPTAM

■ Le renouvellement de l'équipement optique est pris en charge tous les deux ans. La période est ramenée à un an :
■ pour les enfants de moins de 16 ans,
■ pour les adultes en cas d'évolution de la vue.

Si la prise en charge est égale au ticket modérateur, la fréquence de l'équipement n'est pas limitée.

(1) Y compris les frais relatifs aux actes de vaccination effectués en laboratoire de biologie médicale.

(2) Le nombre d'équipement en aide auditive est limité à un équipement par oreille et par période de quatre ans.

Quand ils envisagent de facturer des honoraires supérieurs à 70 € comportant un dépassement, les professionnels de santé doivent présenter un devis préalable au patient.

Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée (DPTAM)

Contrats proposés par l'assurance maladie et permettant aux médecins qui y adhèrent de bénéficier d'une série d'avantages en contrepartie de leur engagement à maîtriser leurs honoraires. Depuis la signature de la convention médicale 2024-2029, ces dispositifs prennent la forme de deux options: Option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM) et l'option pratique tarifaire maîtrisée anesthésie-chirurgie-obstétrique (OPTAM-ACO). Cette information se trouve également sur annuaire.sante.ameli.fr

Domicile

Lieu de résidence principale du souscripteur ou de l'adhérent figurant dans vos Conditions Personnelles ou votre certificat d'adhésion qui doit se situer en France métropolitaine pour les caisses ayant leur siège social en France Métropolitaine, en France pour les autres caisses régionales. Par dérogation, Groupama Méditerranée peut assurer les assurés

résidant à Monaco relevant d'un régime obligatoire en France Métropolitaine.

Envoi recommandé électronique

Envoi recommandé électronique équivalant 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.

Établissement de Santé

Structure délivrant des soins avec ou sans hébergement.

Les conditions définies à l'arrêté du 19 février 2015 relatif aux forfaits alloués aux établissements de santé mentionnés à l'article L.162-22-6 du code de la sécurité sociale s'appliquent.

Evènement grave

Evènement se déroulant dans un périmètre de deux kilomètres autour du domicile de l'assuré qui a entraîné le déclenchement du plan ORSEC relatif à un risque industriel ou une inondation ou un tremblement de terre ou une épizootie avec abattage obligatoire décidé par les autorités locales ou nationales.

Examen d'ostéodensitométrie

Examen radiologique mesurant la densité minérale osseuse pour diagnostiquer l'ostéoporose.

Forfait journalier hospitalier

Somme forfaitaire que l'assurance maladie obligatoire française laisse à votre charge en cas d'hospitalisation, correspondant à des frais hôteliers.

Frais de séjour

Frais facturés par un établissement de santé pour couvrir les coûts du séjour hospitalier.

Frais d'accompagnant

Frais correspondant aux facilités (lit, repas) mises à disposition d'une personne qui accompagne un patient hospitalisé.

Franchise médicale

Somme déduite des remboursements effectués par l'assurance maladie sur les médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires et laissée à la charge de l'assuré.

Homéopathie

Méthode thérapeutique consistant à prescrire à un malade, sous une forme fortement diluée et dynamisée, une substance capable de produire des troubles semblables à ceux qu'il présente. Les Médicaments homéopathiques doivent avoir fait l'objet d'un enregistrement ou posséder une autorisation de mise sur le marché.

Honoraires

Rémunération d'un professionnel de santé.

Honoraire Limite de facturation (HLF)

Montant maximum pouvant être facturé par un chirurgien-dentiste conventionné avec l'assurance maladie obligatoire pour un acte donné. On parle également de «tarifs plafonnés».

Des honoraires limites de facturation sont appliqués à certaines prothèses dentaires, dont en particulier celles contenues dans le panier «à tarifs maîtrisés»

Hospitalisation

Désigne généralement un séjour dans un établissement de santé en vue du traitement médical d'une maladie, d'un accident ou d'une maternité.

Imagerie médicale

Est utilisée à des fins cliniques afin de pouvoir proposer un diagnostic ou un traitement.

Implantologie dentaire

Elle 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 on fixe une prothèse.

Le chirurgien-dentiste est tenu de remettre un devis avant de poser un implant.

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. Le chirurgien-dentiste pratique le plus souvent des dépassements sur ces actes. Les inlays et onlays ne sont pas des prothèses.

Lentille

La lentille de contact est un système correcteur, souple ou rigide, posée sur la cornée.

Lunettes

Elles sont composées d'une monture et de verres. Elles permettent de corriger la plupart des problèmes de vue (myopie, hypermétropie, astigmatisme et presbytie). Le prix des verres varie selon le type de correction (verres unifocaux ou multifocaux, verres progressifs), la qualité et le traitement appliqués aux verres.

Maladie

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

Médicaments

Disponibles en pharmacie, ils sont classés selon le niveau de leur prise en charge par l'assurance maladie obligatoire française:

- **pour les médicaments remboursés à 100 %** par l'assurance maladie obligatoire française: ils sont irremplaçables et particulièrement coûteux;
- **pour les médicaments remboursés à 65 %** par l'assurance maladie obligatoire française: leur service médical rendu est majeur ou important;
- **pour les médicaments remboursés à 30 %** par l'assurance maladie obligatoire française: leur service médical rendu est modéré;
- **pour les médicaments remboursés à 15 %** par l'assurance maladie obligatoire française: ils ont un service médical rendu faible ou insuffisant.

Les montants et taux de remboursement sont inscrits sur la facture du pharmacien.

Certains médicaments ne peuvent être délivrés que sur prescription médicale.

Nomenclatures

Elles définissent les actes, produits et prestations qui sont pris en charge par l'assurance maladie obligatoire française et les conditions de leur remboursement.

Voici les principales:

- pour les actes réalisés par les sages-femmes et auxiliaires médicaux, ainsi que les actes cliniques des médecins (consultations, visites), il s'agit de la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP);
- pour les actes techniques médicaux et paramédicaux (actes de chirurgie, anesthésie, actes dentaires...), il s'agit de la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM);
- pour les actes de biologie médicale, il s'agit de la Nomenclature des Actes de Biologie Médicale (NABM);
- pour les biens médicaux hors médicaments (appareillage...), il s'agit de la Liste des Produits et Prestations (LPP);
- pour les soins hospitaliers, il s'agit de groupes homogènes de séjours (GHS).

Nous

La Caisse Régionale d'Assurances Mutuelles Agricoles dénommée GROUPAMA identifiée dans vos Conditions Personnelles ou votre certificat d'adhésion, et pour la mise en œuvre des garanties d'assistance, MUTUAIDE Assistance, filiale spécialisée de GROUPAMA.

OPTAM

Contrat souscrit par un praticien auprès des caisses primaires d'assurance maladie par lequel il s'engage à limiter les dépassements d'honoraires et bénéficie en contrepartie d'exonérations fiscales et sociales.

Orthodontie

Discipline médicale visant à corriger ou à prévenir les déformations et les malocclusions des arcades dentaires, ainsi que les malpositions

dentaires (les dents qui se chevauchent, qui sortent mal, qui sont mal placées ou trop espacées...), grâce à des appareils dentaires.

Les traitements orthodontiques sont réalisés et facturés :

- par des professionnels de santé inscrits à l'Ordre National des Chirurgiens-dentistes ou à l'ordre des médecins;
- par des médecins stomatologues, des orthodontistes ou des chirurgiens-dentistes exerçant leur activité à titre libéral ou dans un centre dentaire disposant d'un agrément délivré par l'autorité administrative et pouvant prouver une formation spécifique validante en orthodontie quand ils ne sont pas des spécialistes qualifiés pour les chirurgiens-dentistes.

Panier 100 % Santé – Panier maîtrisé

Dispositif par lequel les assurés couverts par un contrat de complémentaire santé responsable peuvent bénéficier de certaines prestations d'optique, d'aides auditives, de prothèses dentaires et de matériels médicaux, intégralement remboursées par l'assurance maladie obligatoire et les complémentaires santé, donc sans frais restant à leur charge, sous réserve que les professionnels de santé respectent les tarifs maximum fixés.

Pour ces soins identifiés (on parle de paniers « 100 % santé » ou « à tarifs maîtrisés ») qui sont définis réglementairement, opticiens, audioprothésistes, chirurgiens-dentistes et fournisseurs agréés par l'assurance maladie de prothèses capillaires ou de véhicule pour personne en situation de handicap fixent leur prix dans la limite de plafonds prédéfinis et s'engagent à respecter les conditions de l'offre « 100 % santé ».

Les contrats de complémentaire santé responsables remboursent quant à eux obligatoirement la différence entre le prix facturé par l'opticien, l'audioprothésiste, le chirurgien-dentiste ou le fournisseur agréé par l'assurance maladie de prothèses capillaires ou de véhicule pour personne en situation de handicap et le montant remboursé par l'assurance maladie obligatoire, 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 ». Les chirurgiens-dentistes ont quant à eux l'obligation, lorsqu'ils proposent à leur patient la réalisation d'un acte en dehors du panier « 100 % santé », de leur proposer également une alternative thérapeutique prévue dans le panier « 100 % santé », chaque fois qu'une telle alternative existe, ou à défaut de leur proposer une alternative avec un reste à charge maîtrisé. Les chirurgiens-dentistes sont également tenus de remettre un devis au patient pour les prothèses dentaires.

Les contrats de complémentaire santé responsables remboursent, dans la limite des prix fixés réglementairement, les frais d'acquisition restant à la charge de l'assuré pour les prothèses capillaires de classe II et les véhicules destinés aux personnes handicapées en « location de courte durée » inscrits sur la liste de l'article L. 165-1 du CSS.

Synonyme : réforme des soins et des équipements sans reste à charge, réforme des soins et des équipements à prise en charge renforcée.

Participation forfaitaire

Somme laissée à la charge du patient pour chaque consultation ou acte réalisé par un médecin généraliste ou spécialiste (sauf hospitalisation) ainsi que sur chaque examen de radiologie et analyse de biologie.

Prix limite de vente

Le prix limite de vente (PLV) d'un dispositif médical correspond au prix maximum de vente à l'assuré social. À défaut de fixation d'un prix limite de vente, le prix est libre.

La base de remboursement de la majorité des dispositifs médicaux inscrits à la liste des produits et prestations (LPP) et pris en charge par l'assurance maladie obligatoire est assortie d'un prix limite de vente.

S'agissant des médicaments pris en charge par l'assurance maladie obligatoire, seuls ceux qui sont assortis d'un tarif forfaitaire de responsabilité (TFR) n'ont pas de prix limite de vente.

Prescription médicale/ordonnance :

Document écrit dans lequel est consigné ce qui est prescrit par un professionnel de santé habilités selon le Code de la santé publique.

Les professionnels habilités à prescrire sont : les médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures-podologues, infirmiers (dont IPA) et Ergothérapeutes (fauteuils roulants).

La prescription est établie sur une ordonnance selon les dispositions du R5132-3 du Code de la santé publique.

Protection Maladie Universelle (PUMA)

Depuis le 1^{er} janvier 2016, la protection universelle maladie (Puma) garantit à toute personne qui travaille ou réside en France de manière stable et régulière, un droit à la prise en charge, par l'assurance maladie obligatoire, de ses frais de santé à titre personnel et de manière continue tout au long de la vie.

Prothèse capillaire

Dispositif destiné à remplacer ou compenser une perte partielle ou totale de cheveux, généralement consécutive à une pathologie ou à un traitement médical.

Prothèses dentaires

Elles remplacent ou consolident une ou plusieurs dents abîmées.

Elles sont réalisées par un chirurgien-dentiste ou un stomatologue.

Il en existe différents types :

- Les prothèses fixes, comme les couronnes et les bridges. Une couronne reconstitue artificiellement la partie visible de la dent pour la protéger. Lorsque la couronne porte sur plusieurs dents, on l'appelle un « bridge ».
- Les prothèses amovibles sont des appareils dentaires (dentiers) qui peuvent s'enlever, et qui remplacent généralement plusieurs dents.

Régime obligatoire

Régime de protection sociale de base couvrant tout ou partie des risques liés à la maladie, à la maternité, aux accidents de la vie privée et professionnelle et à l'invalidité.

Sévéane

Réseaux de soins des audioprothésistes, chirurgiens-dentistes, implantologues, opticiens, psychologues, ostéopathes et chiropracteurs, qui vous permettent de réduire le reste à charge et maîtriser le budget; vous restez libre de consulter le praticien de votre choix.

Secteur 1 / Secteur 2

Les tarifs pratiqués par les médecins conventionnés avec l'assurance maladie obligatoire et la base de remboursement de cette dernière varient en fonction de la discipline du médecin (généraliste ou spécialiste) et de son secteur d'exercice (secteur 1 ou secteur 2).

- Le médecin conventionné de secteur 1 applique le tarif fixé par la convention nationale.

Les dépassements d'honoraires sont uniquement autorisés pour le médecin qui dispose d'un droit permanent à dépassement ou en cas de demande particulière du patient, comme par exemple, une consultation en dehors des heures habituelles d'ouverture du cabinet du médecin.

- Le médecin conventionné de secteur 2 pratique des honoraires libres. Il est autorisé à facturer des dépassements d'honoraires. Les professionnels de santé ont l'obligation d'afficher « de manière lisible et visible dans leur salle d'attente » leur secteur d'activité,

leurs honoraires et le montant d'au moins cinq prestations les plus couramment pratiquées.

Les médecins de secteur 2 doivent « donner préalablement toutes les informations sur les honoraires qu'ils comptent pratiquer ».

Soins dentaires

Ensemble des actes du chirurgien-dentiste ou du stomatologue qui contribuent à la prévention et aux 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.

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 (à la différence des prothèses dentaires qui sont des actes à honoraires libres). Les tarifs sont alors dits « opposables ».

Soins de ville

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.

Souscripteur

- Personne physique qui a signé le présent contrat d'assurance complémentaire santé et s'est engagée à en payer les cotisations.
- L'Association APERIA souscriptrice du contrat d'assurance de groupe à adhésion facultative pour les travailleurs non-salariés non agricoles.

Ticket modérateur

C'est la différence entre la base de remboursement et le montant remboursé par l'assurance maladie obligatoire française (avant application sur celui-ci de la participation forfaitaire ou d'une franchise). La participation forfaitaire, les franchises et les dépassements d'honoraires s'ajoutent éventuellement au ticket modérateur, l'ensemble de ces frais constituant le reste à charge.

Ticket modérateur Forfaitaire

C'est 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 (forfait patient urgence). Elle est déduite des remboursements effectués par l'assurance maladie obligatoire française.

Tiers payant

Système de paiement qui évite au bénéficiaire de faire l'avance des frais auprès des prestataires de soins, dans la limite des garanties souscrites telle que prévue au présent contrat.

Traitement parodontal sous anesthésie locale

Acte thérapeutique codifié dans la CCAM visant à assainir les tissus de soutien de la dent (gencives, ligaments, os), notamment via le surfaçage radiculaire ou le curetage, et le détartrage sous gingival. Ces actes très douloureux sont réalisés sous anesthésie locale.

Transport médical

Il s'agit de tout transport d'une personne malade, blessée ou parturiente, pour des raisons de soins ou 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.

Vaccins

Ce sont des médicaments injectables qui jouent un rôle essentiel dans la prévention et la protection contre de nombreuses maladies infectieuses.

Verres simples

Verres unifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre

- 6 et + 6 dioptries et verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4 dioptries ou dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6 dioptries.

Véhicule pour personne en situation de handicap (VPH)

Dispositif médical au sens de l'article L.5211-1 du code de la santé publique équipé de roues, conçu pour assurer la mobilité et le soutien du corps d'un individu ne pouvant pas ou peu marcher.

Ce dispositif, plus couramment appelé fauteuil roulant, est inclus dans cette définition.

■ Vous

Le bénéficiaire du contrat d'assurance complémentaire santé ou l'adhérent dans le cas d'un contrat à adhésion facultative souscrit par l'Association APERIA.

1.2 La composition de votre contrat

Votre contrat d'assurance Groupama Santé se compose des documents suivants:

- les présentes Conditions Générales qui définissent les garanties d'assurance et d'assistance ainsi que les dispositions relatives à la vie de votre contrat;
- les Conditions Personnelles ou le certificat d'adhésion que vous avez signées à la souscription ou en cas d'avenant et qui précisent les bénéficiaires, la date d'effet de vos garanties, la date d'échéance annuelle, les garanties et services que vous avez choisis et le niveau de remboursement de vos frais de santé;
- si vous êtes travailleur non salarié non agricole, et si vous souhaitez bénéficier des avantages fiscaux de la loi n° 94-126 du 11 février 1994, dite « loi Madelin », vous devez adhérer au contrat d'assurance de groupe à adhésion facultative souscrit par l'Association APERIA auprès de votre Caisse Régionale Groupama. En adhérant au contrat d'assurance de groupe, vous adhérez également à l'Association APERIA.

Ce contrat est ouvert aux seuls travailleurs indépendants non salariés non agricoles, et à leurs ayants droit, à jour de leurs cotisations aux régimes obligatoires d'assurance maladie et vieillesse. Tout adhérent au contrat prend la qualité de bénéficiaire.

Vos conditions d'assurances sont composées de deux parties:

- pour les personnes physiques non adhérentes à l'Association APERIA, des présentes Conditions Générales et des Conditions Personnelles,
- pour les personnes physiques adhérentes à l'Association APERIA, de la présente notice d'information et du certificat d'adhésion.

1.3 L'objet de votre contrat

Le présent contrat a pour objet:

- le versement de prestations en remboursement des frais de santé engagés par les bénéficiaires, tels que décrits dans le paragraphe « Vos garanties d'assurance complémentaire santé »;
- la prise en charge de prestations d'assistance décrites dans le paragraphe « Vos garanties d'assistance » du présent document.

Selon les garanties que vous choisissez, votre contrat Groupama Santé est soit responsable, soit non responsable. Dans tous les cas, il est solidaire (cf. définition Contrat solidaire – page 5). Vous trouverez l'indication du caractère responsable ou non de votre contrat dans vos Conditions Personnelles ou votre certificat d'adhésion. Le contrat Groupama Santé responsable satisfait aux conditions exigées par la législation et la réglementation en vigueur pour répondre à la définition du contrat responsable (cf. définition Contrat responsable – page 5).

2 Vos garanties

2.1 Étendue territoriale

Les garanties d'assurance complémentaire santé s'exercent en France et dans les États membres de l'Union européenne et de l'Association européenne de libre-échange sous réserve de la prise en charge des soins selon la législation sociale française ou selon la législation et les formalités en vigueur dans le pays où les soins ont été dispensés.

Elles s'exercent dans le reste du monde, dès lors que votre assurance maladie obligatoire française intervient dans le cadre d'accords spécifiques de Sécurité sociale conclus entre la France et les Pays Tiers concernés.

Dans tous les cas, nous nous réservons le droit de vous demander les factures détaillées.

2.2 Conditions de garanties et de Modalités de remboursement

1. Affiliation et Conditions de Remboursement

Les bénéficiaires des garanties doivent être affiliés ou ayants droit d'un affilié à une assurance maladie obligatoire française.

Les dépenses de santé remboursées doivent correspondre à des soins réalisés postérieurement à la date d'effet de votre contrat et durant la période garantie par celui-ci. L'ensemble des prises en charge se fait dans la limite des règles définies dans le cadre des contrats responsables.

La somme des remboursements accordés par votre assurance maladie obligatoire française et votre contrat Groupama Santé Active est toujours limitée aux frais justifiés que vous avez réellement engagés.

Le remboursement est effectué en France, selon les modalités prévues aux Conditions Personnelles ou au certificat d'adhésion. Vous devez nous fournir les originaux des justificatifs détaillés des dépenses quand les informations de l'assurance maladie obligatoire française ne permettent pas de calculer exactement le remboursement ou lorsqu'il n'intervient pas.

2. Contrôles et Justifications

Dans tous les cas, nous nous réservons la possibilité d'effectuer des contrôles et de demander toutes les justifications nécessaires pour établir le droit au remboursement du bénéficiaire.

3. Détails des Garanties

Les garanties que vous avez choisies, leur niveau de remboursement, leurs limites et plafonds sont indiqués dans vos Conditions Personnelles ou votre certificat d'adhésion :

3.1. Montants et Limites de Garantie

■ **Montants en euros: Sauf mention contraire, les montants en euros expriment des limites de garantie par an et par bénéficiaire;**

- > garantie exprimée en euros: Lorsque la garantie prévue est exprimée par un montant en euros, elle intervient en complément du remboursement éventuel de votre assurance maladie obligatoire française, sauf pour les aides auditives. Pour les aides auditives, le montant en euros inclut les remboursements du régime obligatoire. Le remboursement des dépenses pour un équipement optique (verres et monture) ou pour une aide auditive intervient uniquement s'il y a une prise en charge par le régime obligatoire;

- garantie exprimée en pourcentage: Lorsque la garantie est exprimée par un pourcentage de la base de remboursement (BR), elle inclut la part de remboursement de votre assurance maladie obligatoire française;
- le remboursement des frais de soins en pourcentage de la base de remboursement (BR) correspond à deux critères: l'existence d'une base de remboursement (BR) dont le montant est fixé par l'assurance maladie obligatoire et une prise en charge minimale de cette base de remboursement (BR) par l'assurance maladie obligatoire.

3.2. Application des Limites et Plafonds

- Période de renouvellement: Les limites et plafonds de garantie s'appliquent à partir de la date d'acquisition pour les prestations dont la période de renouvellement est au-delà de 1 an et par année civile pour les autres, quelles que soient les dates d'effet et d'échéance de votre contrat.

- Pour les actes prothétiques, le montant maximum de remboursement dépend du niveau de votre garantie.

Le calcul du montant annuel prend en compte tous les remboursements des actes prothétiques, tous paniers confondus (100 % santé, panier maîtrisé, panier libre), par an et par bénéficiaire.

Au-delà de cette limite, le remboursement est limité aux honoraires limites de facturation (HLF) pour les prothèses du panier 100 % Santé et au ticket modérateur pour les autres paniers.

- Bonus fidélité: Vous bénéficiez d'un bonus fidélité qui entraîne la suppression du montant maximum de remboursement sur les actes prothétiques pris en charge par le régime obligatoire après deux ans d'ancienneté à compter de la date d'effet du contrat.

Un bonus de fidélité, tel que défini ci-avant, est un avantage accordé par l'assureur à un assuré pour récompenser son ancienneté au titre du contrat.

4. Cas Particulier des Traitements Dentaires

Nous intervenons pour les actes dentaires tels que définis à l'article 2.3 sur fourniture **obligatoire**:

- du devis préalable au traitement;
- d'un justificatif d'intervention de votre assurance maladie obligatoire française pour les actes soumis à cotation;
- pour les traitements orthodontiques chez l'adulte: l'original de la note d'honoraires du Chirurgien-Dentiste ou Stomatologue mentionnant un N° RPPS valide.

Notre chirurgien-dentiste consultant se réserve la possibilité de demander des pièces complémentaires à caractère médical, que vous devrez adresser à son attention, sous pli confidentiel.

En cas de désaccord entre le chirurgien-dentiste traitant et notre chirurgien-dentiste consultant, nous pouvons ordonner une expertise médicale. Elle est réalisée à nos frais (hors frais de déplacement) par un chirurgien-dentiste que nous mandatons. Vous avez la possibilité de vous faire assister, à vos frais, par un chirurgien-dentiste de votre choix.

En cas de désaccord sur les conclusions de l'expertise, il sera procédé à un arbitrage confié à un tiers expert. Celui-ci sera choisi d'un commun accord et sera mandaté sous la forme d'un protocole d'accord co-signé entre vous et nous, la décision de l'expert s'imposant alors aux parties. Le tiers expert sera rémunéré pour moitié par chacune des parties. Il est précisé, de plus, que chacune des parties pourra se faire assister, à ses

frais, d'un chirurgien-dentiste de son choix. En cas de désaccord sur le choix du tiers expert, sa désignation sera effectuée par le président du Tribunal judiciaire aux frais du demandeur.

2.3 Ce que nous garantissons

a) Le remboursement des dépenses médicales qui ont fait l'objet d'une participation de votre assurance maladie obligatoire française et qui sont restées à votre charge après son intervention, dans les limites indiquées dans vos Conditions Personnelles ou votre certificat d'adhésion

Soins médicaux

- Les honoraires des médecins généralistes et spécialistes conventionnés ou non : consultations, visites, actes de petite chirurgie et actes techniques.
- Les médicaments prescrits et remboursés par l'assurance maladie obligatoire française.
- Les frais de radiologie, laboratoires de biologie médicale (y compris les frais relatifs aux actes de vaccination), auxiliaires médicaux et frais de transports.
- Les aides auditives.
- Les cures thermales acceptées par l'assurance maladie obligatoire française. Le forfait cure thermale est versé dans les limites précisées aux Conditions Personnelles ou au certificat d'adhésion, sur présentation des factures acquittées des frais de transport et d'hébergement.

Soins paramédicaux

Ce sont les soins délivrés par les professionnels paramédicaux – à savoir principalement les infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues, psychologues dont les actes figurant à la nomenclature sont remboursés, par l'assurance maladie obligatoire.

Soins externes

Consultations dispensées dans un établissement hospitalier en dehors des situations d'hospitalisation.

Prévention

Tous les actes de prévention mentionnés dans la liste publiée par l'arrêté du 8 juin 2006.

Dentaire

Les frais de soins dentaires, prothèses dentaires et d'orthodontie pris en charge par l'assurance maladie obligatoire française y compris ceux réalisés par un stomatologue.

Optique

Les frais de verres, de monture et de lentilles pris en charge par l'assurance maladie obligatoire française. Lorsque votre contrat est responsable, le renouvellement des lunettes est pris en charge tous les deux ans (cf. définition Contrat responsable – page 5).

La période est ramenée à un an :

- pour les enfants de moins de 16 ans ;
- pour les autres, en cas d'évolution de la vue dûment justifiée par la production des prescriptions attestant de cette évolution et par des factures détaillées.

Hospitalisation médicale et chirurgicale, maternité et hospitalisation à domicile

Les honoraires des soins et frais de séjour.

b) Le remboursement des frais de soins non pris en charge par votre assurance maladie obligatoire française, dans les limites prévues selon le niveau de garantie figurant dans vos Conditions Personnelles

Médecine douce

- Les séances pratiquées par un professionnel de santé référencé au répertoire ADEL ou RPPS d'ostéopathie, chiropractie, psychologie, psychothérapie, psychomotricité, acupuncture, diététique, pédicurie-podologie.

Prescriptions non prises en charge par le régime obligatoire

- Les vaccins prescrits y compris le vaccin anti-grippe pour les bénéficiaires ne pouvant prétendre à une prise en charge de l'assurance maladie obligatoire.
- Les médicaments homéopathiques.
- Les moyens contraceptifs.
- Examen d'ostéodensitométrie.

Prévention dentaire

- Bilan annuel de prévention dentaire non pris en charge par le régime obligatoire. Cette garantie intervient dès lors que l'assuré ne bénéficie plus de la prise en charge du régime obligatoire.
- Traitement parodontal sous anesthésie locale.

Dentaire

- Les traitements orthodontiques chez l'adulte (personne âgée de 18 ans et plus) ; y compris ceux réalisés par un stomatologue.
- La pose de l'implant dentaire ; y compris celle réalisée par un stomatologue.

Optique

- Les lentilles correctrices.
- La chirurgie des défauts visuels.

Hospitalisation médicale, chirurgicale, maternité en établissement hospitalier

- Le forfait journalier hospitalier. Ce forfait s'applique dans la limite du montant fixé par le décret en vigueur à la date des soins.
- Les frais de chambre particulière.
- Les frais de télévision, accès au réseau internet (wifi), téléphone et achat de journaux, sous réserve de justificatifs nominatifs facturés par l'établissement.
- Les frais d'accompagnant quel que soit l'âge du bénéficiaire hospitalisé et la qualité de l'accompagnant. Ces frais comprennent les frais d'hébergement (lit) et/ou de nourriture facturés par l'établissement hospitalier. Sont également pris en charge les frais d'hébergement et/ou de nourriture engagés dans les « maisons de parents ».
- Ces remboursements ne sont pas dus en cas d'hospitalisation non prise en charge par l'assurance maladie obligatoire française.

☉ Le forfait naissance bienvenue

En cas de naissance ou d'adoption d'un enfant de moins de 11 ans, un forfait naissance bienvenue est versé.

c) Un ensemble de services

L'accès aux professionnels de santé des réseaux Sévéane

Nous vous faisons bénéficier des avantages et services mentionnés dans vos Conditions Personnelles ou votre certificat d'adhésion auprès des audioprothésistes, chirurgiens-dentistes, implantologues, opticiens, ostéopathes et chiropracteurs des réseaux Sévéane.

Vous restez libre de les consulter. Avant chaque dépense auprès de ces professionnels de santé, vérifiez qu'ils sont membres des réseaux Sévéane en vous connectant à l'espace client. Votre espace client est accessible depuis groupama.fr et depuis l'application mobile «Groupama et moi».

Vous bénéficiez auprès des chirurgiens-dentistes Sévéane d'une garantie casse et réparation des prothèses dentaires dont les conditions d'intervention figurent ci-après.

Objet de la garantie

Nous garantissons pour une période de 10 ans, à compter de la date de réalisation définitive des prothèses, les prothèses dentaires conjointes et adjointes en résine réalisées pour chacun des bénéficiaires, dès lors qu'ils restent assurés sans interruption à leur contrat. Les travaux prothétiques doivent obligatoirement :

- avoir fait l'objet d'un devis ;
- avoir été effectués par un chirurgien-dentiste Sévéane.

Si ces deux conditions ne sont pas remplies, la garantie n'intervient pas.

Nous prenons en charge

Pour les prothèses conjointes en cas de casse : le remplacement à l'identique de la prothèse, tel que mentionné sur le certificat de garantie du bénéficiaire, aux frais réels déclarés par le chirurgien-dentiste Sévéane au jour de la nouvelle réalisation prothétique.

Pour les prothèses adjointes en résine pour leur réadaptation ou la casse de la base résine : le versement d'un forfait de cent cinquante euros, dans la limite des frais réels, pour les appareillages adjoints réalisés chez un chirurgien-dentiste Sévéane.

Prothèses concernées

Pour les prothèses conjointes : toutes les couronnes, bridges.

Pour les prothèses adjointes : les appareillages entièrement réalisés en résine.

Réalisation

La pose initiale de la prothèse, le remplacement ou la réparation de la prothèse devra obligatoirement être réalisé chez un chirurgien-dentiste Sévéane.

Pour les bridges, le remplacement devra être effectué à l'identique.

Remboursement

Le remboursement interviendra après réception de la note d'honoraires.

Fonctionnement de la garantie

La garantie est accordée pour les prothèses, que nous avons prises en charge intégralement ou partiellement.

Vous devez nous adresser avec votre certificat de garantie, remis par Groupama, le devis du chirurgien-dentiste Sévéane qui réalise les travaux de remplacement ou de réparation. Ceux-ci ne peuvent commencer qu'après notre réponse, qui interviendra, à compter de la date de réception du dossier, dans un délai de 7 jours ouvrés maximum. Ce délai peut être supérieur à 7 jours si nous demandons un examen dentaire réalisé par un chirurgien-dentiste désigné par nos soins. Nous pouvons être amenés à réclamer toutes pièces que nous jugerons utiles.

La garantie n'est accordée qu'une seule fois pour une même prothèse.

Elle est accordée à défaut d'intervention de la garantie d'assurance responsabilité civile professionnelle du chirurgien-dentiste Sévéane lorsque cette responsabilité est susceptible d'être engagée.

Exclusions

Sont exclus de par la nature de la garantie :

Pour les prothèses conjointes :

- toute nouvelle réalisation prothétique faisant suite à une dépose de la prothèse garantie pour cause de reprise de carie ou infection apicale ;
- Les implants ;
- Les inlays core ;

Pour les prothèses adjointes :

- tous actes autres que la casse de la prothèse en résine ;
- Les stellites.

Sont exclus par ailleurs :

- les dommages esthétiques correspondant à une altération visible des dents insuffisamment délabrées et pouvant être reconstituées de manière durable par une obturation.

Nous pouvons également refuser la mise en jeu de la garantie casse et réparation si le bénéficiaire :

- transmet une fausse déclaration ;
- n'est plus assuré au contrat ;
- refuse de se soumettre à l'éventuel examen dentaire que nous lui demandons.

L'accès aux services de « tiers payant généralisé » (dispense d'avance de frais de santé) auprès de tous les professionnels de santé qui acceptent le dispositif

Le tiers payant vous permet d'être dispensé de l'avance de frais de santé, auprès de tous les professionnels de santé qui acceptent le dispositif, sur les actes pris en charge par l'assurance maladie obligatoire.

Si votre praticien vous fait bénéficier du service de tiers payant sur la part prise en charge par la complémentaire, Groupama vous permet de n'avoir aucun frais à avancer, dans la limite de vos garanties indiquées dans vos Conditions Personnelles ou votre certificat d'adhésion.

Pour pouvoir en bénéficier, vous devez présenter votre attestation de tiers payant, qui vous est mis à disposition suite à la prise d'effet du contrat ou son renouvellement sur votre espace client accessible depuis groupama.fr et l'application mobile «Groupama et moi».

L'accès aux services d'informations suivants

Service « infos devis »

Il vous permet, avant d'engager une dépense de santé de connaître avec précision le montant qui peut rester à votre charge après les remboursements de votre assurance maladie obligatoire française et de votre contrat Groupama Santé.

Service « Infos contrat »

Il vous donne les renseignements sur les cotisations et les prestations de votre contrat Groupama Santé ainsi que sur les remboursements des régimes obligatoires.

2.4 Ce que nous ne garantissons pas

De manière générale

- Pour les assurés Groupama Océan Indien, les dépenses médicales de personnes résidant hors de France métropolitaine, Monaco et Réunion ou Mayotte.
- Pour les assurés Groupama Antilles Guyane, les dépenses médicales de personnes résidant hors de France Métropolitaine, Monaco et des départements et régions d'outre-mer (DROM).
- Pour les autres caisses, les dépenses médicales de personnes résidant hors de France.
- Le remboursement des actes effectués en dehors des États membres de l'Union européenne et de l'Association européenne de libre-échange, lorsqu'ils ne sont pas pris en charge par l'assurance maladie obligatoire française.
- La prise en charge de la participation forfaitaire, des franchises médicales sur les médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires et de la majoration du ticket modérateur en cas de non respect du parcours de soins coordonnés restant à charge de l'assuré, conformément aux règles relatives aux contrats responsables.

En optique

- Les lunettes de soleil sans verre correcteur.
- Les produits d'entretien des lentilles.

En dentaire

- Les prothèses réalisées hors indication et pose par un chirurgien-dentiste et/ou un stomatologue.
- Les traitements orthodontiques chez l'adulte (personne âgée de 18 ans et plus) ayant donné lieu, dans les 12 mois précédents, à un remboursement de l'assurance maladie obligatoire française.

En cas de séjour en établissement de santé

- En cas d'hospitalisation, les dépenses personnelles non prises en charge par votre assurance maladie obligatoire française autres que celles mentionnées dans vos Conditions Personnelles ou votre certificat d'adhésion.
- En cas d'hospitalisation, les frais de chambre particulière, les frais d'accompagnant, les frais de téléphone, accès au réseau internet (wifi), télévision et l'achat de journaux résultant de séjours dans un établissement psychiatrique ou neuropsychiatrique au-delà d'une durée cumulée de 30 jours par an et par bénéficiaire.
- Les dépenses résultant de séjours en centres ou unités de longs séjours pour personnes âgées ou en institut médico pédagogique. Dans ce cadre, sont exclues les dépenses de séjours dans les Maisons d'accueil spécialisé (Mas), les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et les Foyers d'accueil médicalisé (Fam).
- Les dépenses résultant de séjours en maison de repos ou de convalescence, y compris les maisons d'enfants à caractère sanitaire, qui ne sont pas la suite d'une hospitalisation et qui ne sont pas ordonnées médicalement et prises en charge par votre assurance maladie obligatoire française.

GROUPAMA a délégué la gestion des garanties assistance de ses contrats à MUTUAIDE ASSISTANCE, filiale du groupe Groupama, ainsi vous êtes accompagnés par un chargé d'assistance Groupama, à votre écoute, pour vous faire bénéficier au mieux de tous nos services d'assistance.

3.1 Étendue territoriale

Les services d'informations santé, les services d'accompagnement ainsi que l'assistance santé à domicile sont mises en œuvre en France métropolitaine.

Pour Groupama Océan indien et Groupama Antilles Guyane, l'assistance santé à domicile est localement mis en œuvre.

L'assistance santé aux personnes en déplacement est acquise dans le monde entier pour des séjours n'excédant pas 3 mois.

3.2 Conditions de mise en œuvre des garanties d'assistance

Les bénéficiaires disposent des garanties d'assistance décrites ci-après dès la prise d'effet du contrat et, le cas échéant, dans les conditions et limites indiquées dans les Conditions Personnelles ou le certificat d'adhésion.

Les services d'assistance sont accessibles par téléphone 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7.

Nous intervenons dans la limite des accords donnés par les autorités locales. Nous ne pouvons en aucun cas nous substituer aux organismes locaux de secours d'urgence. Les informations médicales relatives à la personne pour laquelle nous intervenons doivent être communiquées sous pli confidentiel à nos médecins. Ces informations seront traitées dans le respect de la confidentialité médicale.

Les prestations d'assistance à domicile sont mises en œuvre pour couvrir les conséquences d'une incapacité temporaire consécutive à une maladie ou un accident, ou pour faire suite à un décès. Cette incapacité devra être médicalement justifiée et prouvée par l'envoi sous pli confidentiel d'un certificat médical descriptif.

Les prestations d'assistance doivent être organisées par nos soins, ou avec notre accord et sous réserve d'un appel téléphonique préalable.

3.3 La téléconsultation

Cette prestation vous permet de bénéficier d'une consultation médicale à distance (Visio consultation ou téléphone) avec un médecin généraliste ou spécialiste inscrit au Conseil National de l'Ordre des Médecins.

Le service est accessible 7j/7. Le bénéficiaire obtient une réponse à sa demande dans un délai maximum de 24 heures.

Ce service n'a pas vocation à se substituer aux services d'urgences médicales. En cas d'urgence vitale, le bénéficiaire doit impérativement contacter les services d'urgence (15 ou 112).

Les échanges entre le bénéficiaire et le médecin sont strictement confidentiels et protégés par le secret médical.

Au terme de la téléconsultation, le médecin peut, selon son appréciation médicale et en fonction de la situation :

- adresser un rapport au médecin traitant du bénéficiaire, si celui-ci en fait la demande;
- établir une ordonnance simple, lorsque l'état de santé le justifie;
- orienter le bénéficiaire dans le parcours de soins (consultation physique, spécialistes, examens complémentaires, etc.).

La garantie est accessible dans la limite de 6 téléconsultations par an et par bénéficiaire.

3.4 Le soutien psychologique

L'assuré peut bénéficier d'un accompagnement psychologique assuré par des professionnels qualifiés. Ce soutien est proposé dans deux cas de figure :

- en cas de survenance d'un événement grave tel que défini à l'article 1.1, le concernant directement ou concernant un membre sa famille (un ascendant, descendant, conjoint ou collatéraux);
- lorsqu'il suit un traitement lourd, tel qu'une chimiothérapie ou une radiothérapie, susceptible d'avoir un impact psychologique significatif.

L'accompagnement est assuré exclusivement par des psychologues cliniciens diplômés selon les disponibilités locales. Il peut être réalisé sous différentes formes, selon les besoins et la disponibilité du bénéficiaire, il peut être délivré selon les possibilités en présentiel, par téléphone ou en téléconsultation, dans la limite de 3 séances par an et par bénéficiaire.

Lorsque le bénéficiaire majeur n'a pas utilisé l'ensemble de ses droits, il peut céder l'ouverture d'un dossier à un ascendant, un descendant direct ou à un conjoint, dans la limite d'un dossier par an et par bénéficiaire majeur, dans les mêmes conditions d'accès que le bénéficiaire lui-même.

3.5 Les services d'accompagnement

Le service d'accompagnement médico-social

Le bénéficiaire dispose d'un service d'accompagnement médico-social destiné à faciliter ses démarches et à lui apporter un soutien adapté et personnalisé en cas de maladie, d'accident ou de décès de l'un des bénéficiaires.

Ce service vise à :

- informer le bénéficiaire sur ses droits, les aides sociales existantes et les dispositifs de soutien adaptés à sa situation;
- orienter vers les structures compétentes : services sociaux, associations, établissements médico-sociaux ou professionnels de santé spécialisés;
- accompagner de manière personnalisée, en tenant compte de la

pathologie, du degré d'autonomie ou du contexte familial et social du Bénéficiaire.

L'accompagnement médico-social est assuré par des conseillers spécialisés, capables d'apporter des réponses concrètes aux questions liées notamment :

- au maintien à domicile (aide-ménagère, auxiliaire de vie, dispositifs techniques);
- aux démarches administratives (demandes d'aides financières, allocations, reconnaissance de handicap, etc.);
- à l'orientation vers des structures médicales ou sociales adaptées.

La prestation est réalisée par des conseillers spécialisés, soumis au secret professionnel. Elle n'a pas vocation à se substituer aux intervenants habituels (médecins, assistants sociaux, organismes publics), mais à faciliter la coordination et la compréhension des démarches à accomplir.

Cette garantie exclut le paiement des frais, des services, des prestations ou des avances de fonds, qui restent à votre charge.

En cas de naissance d'un enfant de l'assuré, nous proposons en plus l'assistance spécifique «jeune maman» :

Nous organisons et prenons en charge, dans le mois suivant la sortie de la maternité, les conseils d'une auxiliaire de puériculture diplômée afin d'assister la jeune maman, pour une durée maximale de 6 heures.

3.6 L'assistance santé à domicile

Sont définis comme bénéficiaires des garanties d'assistance santé à domicile :

- les bénéficiaires tels que définis à l'article 1.1 de la présente notice, désignés aux Conditions Personnelles ou au certificat d'adhésion, ci-après désignés «bénéficiaires assurés au contrat» ;
- les ascendants, descendants et conjoint, des bénéficiaires, non assurés au contrat, ci-après désignés bénéficiaires non assurés au contrat ;
- les ascendants sont définis comme les pères, mères, grands-pères, grands-mères, arrière grands-pères et arrière grands-mères.
- les descendants sont définis comme les enfants et petits-enfants.

Conditions de mise en œuvre de la garantie

- Les prestations d'assistance santé à domicile sont mises en œuvre :
 - > pour couvrir les conséquences d'une incapacité temporaire d'un bénéficiaire;
 - > en cas de décès d'un bénéficiaire assuré au contrat.
- L'incapacité temporaire d'un bénéficiaire correspond à :
 - > l'immobilisation à son domicile, sans hospitalisation préalable, pour une durée de plus de 8 jours consécutifs, pour des raisons médicalement justifiées et prouvées, faisant suite à une maladie ou un accident;
 - > l'immobilisation à son domicile suite à une hospitalisation pour maladie, accident ou intervention chirurgicale dans un établissement de santé pour une durée de plus d'une journée. Lorsque cette hospitalisation est d'au moins huit jours consécutifs, et n'a pas été suivie d'un séjour dans une maison de rééducation, un centre de convalescence ou un centre de soins de suite et de réadaptation, et si vos Conditions Personnelles ou votre certificat d'adhésion le prévoient, nous mettons à votre disposition une enveloppe supplémentaire d'heures d'auxiliaire de vie/aide ménagère (précisée dans vos Conditions Personnelles ou votre certificat d'adhésion), utilisable une fois par an et par bénéficiaire assuré au contrat.

- En cas de décès d'un bénéficiaire assuré au contrat, les prestations décrites ci-dessous peuvent être accordées sous réserve de déclaration dans les 30 jours qui suivent le décès.

Cette incapacité doit être médicalement justifiée et prouvée par l'envoi sous pli confidentiel d'un certificat médical attestant de l'incapacité, et/ou d'un bulletin de situation en cas d'hospitalisation ou d'un certificat de décès en cas de décès.

En cas d'incapacité temporaire, les prestations décrites ci-dessous sont mises en œuvre si l'état de santé du bénéficiaire le nécessite. Elles ne peuvent aller au-delà de la durée de l'immobilisation et sont mises en œuvre dans la limite des contraintes locales.

- Pour les prestations aux conjoint, ascendants et descendants directs, une copie du livret de famille pour établir les liens de parenté sera demandé.
- Ces prestations sont décomptées lorsqu'elles sont utilisées de celles disponibles pour les bénéficiaires tels que définis à l'article 1.1 de la présente notice d'information.

Ce que nous garantissons pour les bénéficiaires assurés au contrat

Aide-ménagère et garde à domicile

Dans la limite du nombre d'heures indiquées dans vos Conditions Personnelles ou votre certificat d'adhésion, 2 fois par an et par bénéficiaire (2 évènements par an) et sur avis de nos médecins conseil. Nous mettons à votre disposition :

- une aide ménagère pour effectuer les tâches indispensables de la vie quotidienne, à raison de 2 heures consécutives par jour, dans la tranche horaire de 8 h 00 à 19 h 00, du lundi au vendredi, hors jours fériés;
- la garde à domicile par une personne compétente et qualifiée des enfants ou petits-enfants de moins de 15 ans dont vous avez la garde habituelle. Pour les enfants de moins de trois ans, la personne compétente dispose impérativement d'un diplôme d'auxiliaire de puériculture. Ce service est accordé, dans une tranche horaire de 8 h 00 à 19 h 00 du lundi au vendredi, hors jours fériés, dans la limite des disponibilités locales. Le transfert quotidien domicile / école / domicile est également compris dans la prestation pendant la durée de l'incapacité;
- la garde à domicile d'une personne dépendante habitant sous votre toit et dont vous avez la garde habituelle. Ce service est accordé dans une tranche horaire de 8 h 00 à 19 h 00 du lundi au samedi dans la limite des disponibilités locales.

Services de rapprochement familial, frais de livraison et prise en charge des animaux domestiques :

Dans la limite du montant indiqué dans vos Conditions Personnelles ou votre certificat d'adhésion, 2 fois par an et par bénéficiaire, nous organisons et prenons en charge, les prestations suivantes :

Services de rapprochement familial :

- le transport aller et retour d'un proche désigné par vous pour vous apporter une aide au quotidien. En cas d'hospitalisation uniquement, nous prenons également en charge ses frais d'hébergement à l'hôtel ou de mise à disposition d'un lit d'accompagnant dans l'établissement hospitalier pendant la durée de l'hospitalisation. Les frais de restauration ne sont pas pris en charge;
- le transport aller et retour des enfants de moins de 15 ans du bénéficiaire décédé ou en incapacité temporaire, jusqu'au domicile d'un proche désigné par vous;

- le transport aller et retour de la personne dépendante restée seule, habitant sous votre toit et dont vous avez la garde habituelle, jusqu'au domicile d'un proche désigné par vous;

Frais de livraison et prise en charge des animaux domestiques:

- les frais de livraison d'un repas par jour. Le coût des repas reste à votre charge;
- les frais de livraison des médicaments prescrits par le médecin. Le coût des médicaments reste à votre charge;
- si vous vivez seul et si personne n'est susceptible de s'occuper de vos animaux domestiques pour en assurer la garde, sous réserve qu'ils aient reçu les vaccinations obligatoires, sur présentation d'une facture et selon des disponibilités locales:
 - > le transfert chez un professionnel ou jusqu'à la pension animalière la plus proche de votre domicile;
 - > la visite par un professionnel à votre domicile ou la garde dans un chenil.

Les frais de nourriture ainsi que les frais de retour des animaux domestiques vers le domicile restent à votre charge.

Le soutien scolaire

Si le bénéficiaire est un enfant de moins de 18 ans, nous organisons et prenons en charge, le soutien pédagogique pour sa scolarité en primaire ou secondaire, sous forme de cours particuliers à son domicile, hors vacances scolaires. Par extension, l'enfant de moins de 18 ans, même s'il n'est pas bénéficiaire du contrat, peut avoir droit à ce service s'il est gardé au domicile de ses grands-parents, eux-mêmes bénéficiaires du contrat.

Ce soutien pédagogique est accordé pour la durée de l'incapacité au maximum pour 1 mois, 2 fois par an et par contrat selon les disponibilités locales, à concurrence de 3 heures consécutives par jour ouvrable.

La téléassistance

Si le bénéficiaire a 60 ans au moins, nous prenons en charge la mise à disposition d'un dispositif de téléassistance, 24 heures sur 24 pendant 1 mois, 2 fois par an pour 2 événements différents et par contrat, pendant la validité du contrat.

Ce que nous garantissons pour les bénéficiaires non assurés au contrat

Lorsqu'un bénéficiaire non assuré au contrat se trouve dans une situation où les conditions de mise en œuvre de la garantie sont réunies, celui-ci peut effectivement bénéficier d'une prestation suivante:

- le soutien psychologique en cas d'évènement grave ou de traitement par chimiothérapie ou radiothérapie défini à l'article 3.4;
- le service d'assistance santé à domicile défini à l'article 3.6 à l'exception des services de rapprochement familial.

La prestation est limitée à un dossier par an et par contrat.

La logique de décompte appliquée est la suivante: la prestation sollicitée par le bénéficiaire non assuré est imputée sur le plafond annuel défini pour le bénéficiaire assuré au contrat.

Ainsi, toute demande pour un bénéficiaire non assuré, si elle est validée et organisée selon les modalités ci-dessus définies, viendra diminuer le solde du plafond de prestations disponibles pour le bénéficiaire assuré au contrat.

La garantie s'applique dans les conditions suivantes:

- lorsque le bénéficiaire assuré réside en France métropolitaine, le bénéficiaire non assuré doit également résider en France métropolitaine;
- pour Groupama Océan Indien et Groupama Antilles Guyane, les prestations sont opérées sur les départements d'exercice de la caisse régionale.

3.7 L'assistance santé aux personnes en déplacement

Conditions de mise en œuvre de la garantie

Les garanties en cas d'accident de ski ainsi que les frais de recherche en mer et en montagne sont accordées une fois par an et par bénéficiaire sans limitation de distance de votre domicile.

Les autres garanties interviennent lors de déplacements au-delà de 50 km de votre domicile ou de votre résidence secondaire située en France si vous y résidez plus de 90 jours consécutifs.

Si vous vous déplacez à l'étranger pour un séjour de plus de 90 jours consécutifs, prenez contact préalablement avec un de nos conseillers santé.

La prise en charge de personnes autres que le bénéficiaire malade, blessé ou décédé s'entend sur la base d'un billet de train première classe ou d'avion classe tourisme.

Ce que nous garantissons

Vous êtes malade ou blessé au cours d'un déplacement

- Nous organisons et prenons en charge votre rapatriement à votre domicile ou dans un établissement hospitalier proche de chez vous. La décision de rapatriement est prise par notre médecin-conseil. Seules les exigences d'ordre médical sont prises en considération pour arrêter la date du rapatriement et le choix du moyen de transport. Le lieu d'hospitalisation est choisi en fonction des exigences médicales, en accord avec vous-même ou votre entourage.
- Sur prescription médicale, nous organisons et prenons en charge le transport, à vos côtés, d'une personne qui voyageait avec vous.
- Nous organisons et prenons en charge le transport à votre domicile des autres bénéficiaires qui voyageaient avec vous lors de l'évènement, s'ils ne peuvent rentrer par les moyens initialement prévus.
- Nous organisons et prenons en charge le transport à votre domicile des bagages et des animaux familiers qui vous accompagnaient. Les frais de cage restent à votre charge.
- Nous prenons en charge le remboursement des frais médicaux à l'étranger non remboursés par vos assurances maladie obligatoire et complémentaire santé jusqu'à 11000 € par événement et par an. Ce remboursement couvre les frais définis ci-dessous, sous réserve d'accord préalable:
 - > honoraires médicaux;
 - > frais de médicaments prescrits par un médecin ou un chirurgien;
 - > frais d'ambulance prescrite par un médecin pour un transport vers l'hôpital le plus proche;
 - > frais d'hospitalisation à condition que l'assuré soit jugé intransportable par décision de nos médecins conseil, prise après recueil des informations auprès du médecin local; les frais d'hospitalisation engagés à compter du jour où Groupama Assistance est en mesure d'effectuer le rapatriement de l'assuré ne sont pas pris en charge;
 - > frais dentaires d'urgence plafonnés à 155 € TTC sans franchise et par événement.

Cette garantie est mise en œuvre soit par un remboursement soit par une avance des frais.

Nous n'intervenons qu'une fois les remboursements effectués par vos assurances maladie, déduction faite d'une franchise de 75 € par dossier, et sous réserve de la communication des justificatifs originaux de remboursement.

Vous êtes hospitalisé plus de 10 jours consécutifs au cours d'un déplacement

- Si vous êtes hospitalisé pour une durée médicalement prescrite de plus de 10 jours consécutifs au cours d'un déplacement garanti, que votre rapatriement ne peut être envisagé et que vous êtes seul sur place, nous organisons et prenons en charge le transport aller et retour, à votre chevet, d'une personne désignée par vous-même et résidant en France métropolitaine.
- Les frais d'hébergement, y compris petits-déjeuners, de la personne qui se rend à votre chevet sont pris en charge dans la limite de 46 € par nuit, et de 230 € au total. Les frais de restauration ne sont pas pris en charge.

Aucune durée minimale d'hospitalisation n'est exigée si le bénéficiaire hospitalisé est un enfant mineur.

En cas de décès d'un bénéficiaire lors d'un déplacement

- Nous organisons et prenons en charge le rapatriement du corps jusqu'au lieu d'inhumation en France métropolitaine, Andorre et Principauté de Monaco, et pour les assurés auprès de Groupama Océan Indien, Réunion et Mayotte, ou jusqu'à l'aéroport international le plus proche du lieu de l'événement, en cas d'inhumation à l'étranger.
- Nous prenons en charge le coût du cercueil et les frais de mise en bière dans la limite de 460 €. Les frais de cérémonie et d'inhumation ne sont pas pris en charge.
- Si la présence d'un bénéficiaire résidant en France métropolitaine, Andorre ou Principauté de Monaco, est requise par les autorités locales pour effectuer les démarches nécessaires au rapatriement, nous organisons et prenons en charge le transport aller et retour de celui-ci.
- Nous organisons et prenons en charge le retour au domicile des autres bénéficiaires qui voyageaient avec le bénéficiaire décédé, s'ils ne peuvent rentrer par les moyens initialement prévus.

Vous devez interrompre votre déplacement suite à hospitalisation ou décès d'un proche

Lorsqu'un de vos proches (conjoint, concubin, frère, sœur, ascendant, descendant) est hospitalisé pour une durée médicalement prescrite de plus de 10 jours, ou vient à décéder, et que vous êtes dans l'obligation d'interrompre votre déplacement, nous organisons et prenons en charge votre retour anticipé jusqu'au lieu de l'événement en France métropolitaine ou jusqu'à votre domicile.

Vous avez besoin de fournitures médicales lorsque vous êtes à l'étranger

Nous organisons et prenons en charge les frais de recherche et d'envoi de :

- tout médicament indispensable à la poursuite d'un traitement en cours;
- toute prothèse (optique, auditive) ou autres appareils, indispensables ou nécessaires dans les actes de la vie quotidienne.

Cette prestation est garantie sous réserve que les fournitures médicales soient introuvables ou irremplaçables sur place.

Nous ne prenons pas en charge :

Le coût du matériel médical, des médicaments, prothèses ou appareils, qui reste à votre charge.

Vous devez communiquer un message important à vos proches, en France, alors que vous êtes à l'étranger

Si vous êtes dans l'impossibilité de le faire, nous transmettons vos messages urgents ou nous vous mettons en relation avec le correspondant souhaité en France.

Vous avez besoin d'une avance de fonds à l'étranger

En cas de perte ou de vol de vos moyens de paiement au cours du déplacement garanti, vous pouvez disposer d'une avance de fonds dans la limite de 765 € en échange d'une reconnaissance de dette ou d'un chèque de caution remis à notre correspondant. Dans ce cas, nous vous communiquons les coordonnées des organismes compétents pour les formalités à accomplir.

Vous êtes victime d'un accident de ski

En cas d'accident sur les pistes de ski légalement ouvertes, dès lors que vous nous avez contacté dans les 10 jours suivant l'accident, nous prenons en charge les frais suivants :

- les frais de descente en traîneau ou hélicoptère du lieu de l'accident jusqu'en bas des pistes ou jusqu'au centre de secours le plus proche du lieu de l'accident;
- le forfait de ski (remontées mécaniques) de la personne accidentée, acheté pour 3 jours minimum, dans la limite du nombre de jours restant à courir dès le lendemain de l'accident, et dans la limite de 76 €. Le remboursement s'effectue sur présentation du justificatif original dans le mois qui suit la date de l'accident.

Des frais de recherche en mer et en montagne sont engagés

Nous remboursons les frais de recherche qui vous incombent, en cas d'intervention des services publics ou privés ou de sauveteurs professionnels dûment agréés, dans la limite de 4600 €.

Ce remboursement intervient à condition que nous soyons informés dans les trois jours suivant l'intervention, sauf cas de force majeure.

3.8 Ce que nous ne garantissons pas

Les prestations d'assistance santé aux personnes en déplacement ne sont pas mises en œuvre pour :

- les affections ou lésions bénignes qui peuvent être traitées sur place et qui n'empêchent pas le bénéficiaire de poursuivre son voyage;
- les convalescences et les affections en cours de traitement non encore consolidées;
- les maladies préexistantes diagnostiquées et/ou traitées ayant fait l'objet d'une hospitalisation dans les 6 mois précédant la demande d'assistance;
- les voyages entrepris dans un but de diagnostic et/ou de traitement;
- une infirmité préexistante;
- l'ivresse ou l'usage de médicaments ou stupéfiants non ordonnés médicalement au bénéficiaire;
- les états de grossesse de plus de 6 mois à partir de la date présumée de conception, à moins d'une complication imprévisible appréciée médicalement;
- les frais de lunettes ou de verres de contact et plus généralement les frais d'optique;
- les frais de cure de toute nature;
- les frais de séjour en maison de repos, de rééducation ou de désintoxication;

- les frais de rééducation, kinésithérapie, chiropraxie;
- les frais de services médicaux ou paramédicaux et d'achat de produits dont le caractère thérapeutique n'est pas reconnu par la législation française.

Les prestations qui n'ont pas été demandées en cours de voyage ou qui n'ont pas été organisées par MUTUAIDE ASSISTANCE ou qui n'ont pas fait l'objet d'un accord de MUTUAIDE ASSISTANCE ne donnent pas droit, a posteriori, à un remboursement ou une indemnité compensatrice.

Les prestations ne peuvent être accordées ni dans les pays ou régions en état de guerre, civile ou étrangère, déclarée ou non, ni dans les pays ou régions touchés par des tremblements de terre, éruptions volcaniques, raz de marée ou autres cataclysmes.

Les prestations ne seront pas accordées pour couvrir les conséquences d'infractions à la législation française ou étrangère.

3.9 Les exclusions

Nous n'assurons jamais les conséquences :

- d'un acte du bénéficiaire s'il est intentionnel, frauduleux ou dolosif;
- de la guerre civile ou étrangère (art. L121-8 du Code des Assurances);
- de la participation du bénéficiaire à des émeutes, grèves, mouvements populaires ou à une rixe, sauf cas de légitime défense;
- de la participation du bénéficiaire à un pari, un défi ou une tentative de record;
- de la pratique de tout sport à titre professionnel;
- de la participation du bénéficiaire comme organisateur ou concurrent à des épreuves ou manifestations nécessitant l'autorisation des pouvoirs publics;
- de la pratique par le bénéficiaire de sport aérien (voltige, vol à voile, parachutisme, deltaplane, ULM, parapente);
- des traitements ou interventions chirurgicales dans un but de rajeunissement ou esthétique qui ne seraient pas la conséquence d'un accident garanti par le contrat;
- d'une aggravation due à un traitement tardif liée à une négligence du bénéficiaire ou à l'inobservation intentionnelle par celui-ci des prescriptions du médecin;
- de la désintégration de noyaux atomiques, et de tout phénomène de radiation ionisante.

4.1 Prise d'effet du contrat

La date de prise d'effet de votre contrat figure sur vos Conditions Personnelles ou votre Certificat d'adhésion.

4.2 Durée du contrat

La durée de votre contrat est d'un an. Votre contrat se reconduit tacitement d'année en année à la date d'échéance fixée dans vos Conditions Personnelles ou dans votre certificat d'adhésion, sauf résiliation dans les cas prévus au paragraphe «La résiliation de votre contrat».

4.3 Vos déclarations

Ce que vous devez déclarer à la souscription

Vous devez répondre exactement aux questions posées afin de nous permettre de déterminer exactement votre cotisation et de prendre en compte tous les bénéficiaires. Les informations demandées ne peuvent en aucun cas être relatives à l'état de santé des bénéficiaires.

- Si vous avez souscrit une garantie d'assurance complémentaire santé auprès d'un autre assureur que GROUPAMA, vous devez nous le déclarer.
- Si vous ou un des bénéficiaires de votre contrat êtes bénéficiaire du Contrat Santé Solidaire (CSS), vous devez nous le déclarer.

Ce que vous devez déclarer en cours de contrat

Vous devez nous déclarer les événements suivants :

- changement de domicile;
- changement dans la composition de la famille assurée,
- souscription d'une garantie d'assurance complémentaire santé auprès d'un autre assureur que GROUPAMA;
- changement de situation au regard de votre assurance maladie obligatoire française, dont le fait que vous ou un des bénéficiaires de votre contrat êtes ou n'êtes plus bénéficiaire du Contrat Santé Solidaire (CSS);
- changement de vos activités professionnelles habituelles;
- changement du compte bancaire ou postal pour le prélèvement de vos cotisations et/ou le virement de vos prestations.

Ces modifications doivent nous être signalées dans un délai de 15 jours à partir du moment où vous en avez connaissance par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique.

Les conséquences de vos déclarations

- Si votre changement de situation constitue une diminution ou une aggravation de risque non liée à votre état de santé, nous pouvons vous proposer un nouveau montant de cotisation.
- Si vous n'acceptez pas les nouvelles conditions que nous vous proposons, vous pouvez demander la résiliation de votre contrat (paragraphe «la résiliation de votre contrat»).
- **Toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle entraîne la nullité du contrat et nous pouvons vous demander le remboursement des prestations indûment versées. Toute omission ou déclaration inexacte entraîne une réduction proportionnelle des prestations et nous avons la possibilité de résilier le contrat. Cette résiliation prend effet 10 jours après que nous vous en ayons informé par lettre recommandée.**

4.4 Vos cotisations

Le paiement de vos cotisations

La cotisation, majorée des taxes dues sur les contrats d'assurance, est exigible intégralement à l'échéance indiquée dans vos Conditions Personnelles ou votre certificat d'adhésion, et payable selon les modalités que vous avez choisies également mentionnées dans vos Conditions Personnelles ou votre certificat d'adhésion.

En cas de fractionnement, celui-ci prend fin de plein droit en cas de non paiement d'une fraction de cotisation à la date fixée.

Vous devez acquitter la cotisation par tous moyens convenus entre vous et nous.

Si vous ne réglez pas la cotisation ou une fraction de celle-ci, les dispositions figurant au tableau ci-après seront mises en œuvre.

L'évolution de vos cotisations

Vos cotisations TTC sont fixées et évoluent en fonction des garanties que vous avez choisies et des caractéristiques des bénéficiaires du contrat.

10 jours après l'échéance	Nous vous adressons à votre dernier domicile connu de nous, sous pli recommandé, une lettre de mise en demeure. L'envoi de cette mise en demeure est indépendant de notre droit de poursuivre l'exécution du contrat en justice.	
Dans les 30 jours après l'envoi de la mise en demeure	Si vous réglez votre cotisation Vos garanties conserveront tous leurs effets.	Si vous ne réglez pas votre cotisation Vos garanties seront suspendues. Au cas où la cotisation annuelle a été fractionnée, cette suspension produit ses effets jusqu'à l'expiration de la période annuelle totale. La suspension de vos garanties ne vous dispense pas de payer, à leurs échéances, les cotisations dues.
	Si vous réglez votre cotisation Vos garanties reprennent leurs effets le lendemain à midi du jour du paiement.	Si vous ne réglez pas votre cotisation Votre contrat est résilié et nous sommes habilités à réclamer le paiement de la cotisation y compris par la voie judiciaire. Si vous payez ultérieurement la cotisation due, votre contrat reste résilié.

Les cotisations peuvent être révisées à chaque échéance annuelle en fonction des résultats techniques d'une catégorie de contrats ou de l'ensemble des contrats santé en portefeuille.

IMPORTANT : en cas de modification des dispositions législatives ou réglementaires ayant des incidences sur votre contrat, vos cotisations peuvent être révisées soit immédiatement, soit à la prochaine échéance annuelle.

Si vous n'acceptez pas les nouvelles conditions que nous vous proposons, vous pouvez demander la résiliation de votre contrat (paragraphe « la résiliation de votre contrat »).

4.5 La modification de votre contrat

Vous pouvez demander la modification de votre contrat à tout moment.

Celle-ci ne prendra effet qu'à l'échéance annuelle qui suit la demande.

4.6 Le contrôle

Nous nous réservons la possibilité de demander, sous pli confidentiel, tous les justificatifs nécessaires pour établir le droit au remboursement du bénéficiaire.

Il s'agit notamment :

- du décompte original de l'assurance maladie obligatoire ;
- de la facture acquittée d'un professionnel ou d'un établissement de santé.

4.7 La déchéance de vos garanties

En cas de fourniture de fausse facture ou faux documents de dépense ayant une incidence sur une garantie de votre contrat, GROUPAMA pourra vous refuser le bénéfice des garanties.

Une fausse facture est une facture qui n'est pas issue d'un professionnel de santé dûment répertorié, ou une facture qui n'a pas été réglée par l'assuré et/ou qui ne correspond pas à un acte effectué par un professionnel de santé.

En cas de demande de remboursement tardive de vos frais de soins, nous pouvons vous opposer la déchéance du droit à indemnisation si nous établissons que ce retard nous a causé un préjudice.

Nous pourrions vous refuser le bénéfice des garanties dans les cas suivants :

- en cas d'absence de communication de votre part des pièces et documents sollicités pour la prise en charge de votre sinistre,
- si vous refusez de participer à l'expertise que nous souhaitons mettre en place.

4.8 La résiliation de votre contrat

Vous pouvez résilier votre contrat par notification dans les formes prévues par l'article L.113-14 du Code des assurances faite :

- par lettre ou tout autre support durable (courriel par exemple),
- par déclaration faite contre récépissé auprès de votre conseiller Groupama,
- par acte extrajudiciaire,
- par le même mode de communication que celui utilisé pour la conclusion du contrat ou par tout autre moyen indiqué dans le contrat.

La résiliation peut également être faite par voie électronique via le formulaire accessible en ligne sur le site groupama.fr ou l'application mobile Groupama et moi.

Vous pouvez résilier votre contrat dans les cas suivants

- À l'échéance annuelle moyennant un préavis de deux mois. Ce délai de préavis commence à courir à partir de la date d'envoi figurant sur le cachet de la poste ou de la date d'expédition de la notification dans les formes prévues à l'article L 113-14 du Code des assurances.
 - Dans les 30 jours qui suivent la date à laquelle vous avez eu connaissance d'une augmentation des cotisations. La résiliation prend effet à compter de la date de la notification de la résiliation dans les formes prévues à l'article L 113-14 du Code des assurances.
 - En dehors de l'échéance annuelle, si vous venez à bénéficier d'un contrat groupe collectif de protection complémentaire frais de soins à adhésion obligatoire. Vous devez alors nous fournir le justificatif de l'entreprise souscriptrice du contrat ou l'attestation de l'assureur auprès duquel le contrat a été souscrit et justifiant d'une part de votre qualité d'affilié ou de bénéficiaire dudit contrat dans les 30 jours qui suivent l'entrée en vigueur de vos garanties au titre dudit contrat et d'autre part du caractère obligatoire et/ou familial.
 - En dehors de l'échéance annuelle, si vous venez à adhérer à un organisme gérant votre Complémentaire Santé Solidaire (CSS). Vous devez alors nous fournir une attestation de droit CSS indiquant les dates de début et de fin dans les 30 jours qui suivent l'entrée en vigueur de votre contrat CSS.
 - En dehors de l'échéance annuelle, si vous n'êtes plus affilié à l'assurance maladie obligatoire française. Vous devez nous fournir une attestation sur l'honneur précisant que vous n'êtes plus résident fiscal français ou que vous n'êtes plus couverts par un régime obligatoire français d'assurance maladie.
 - En dehors de l'échéance annuelle, vous pouvez, à l'expiration d'un délai d'un an, à compter de sa conclusion, demander sa résiliation à tout moment sans frais ni pénalité. Cette résiliation peut être effectuée par votre nouvel assureur. Dans ce cas, vous devez en transmettre la demande à ce dernier sur support papier ou tout autre support durable. La résiliation prend effet un mois après que nous en avons reçu notification par vous-même dans les formes prévues à l'article L 113-14 du Code des assurances ou par votre nouvel assureur.
 - En cas de modification de vos droits et obligations suite à modification du contrat d'assurance de groupe entre l'Association APERIA souscriptrice et l'assureur. Vous êtes informé trois mois au minimum avant la date de l'entrée en vigueur des modifications.
- Si vous n'acceptez pas ces modifications, vous avez la possibilité de dénoncer votre adhésion dans les formes prévues à l'article L 113-14 du Code des assurances.
- La résiliation de l'adhésion prend effet à compter de la date de la notification de la résiliation.

Nous pouvons résilier votre contrat dans les cas suivants

- Si vous ne payez pas votre cotisation (cas prévu au paragraphe « Le paiement de vos cotisations »).
- En cas d'omission ou d'inexactitude non intentionnelle dans les déclarations du risque à la souscription ou en cours de contrat, si cette circonstance change l'objet du risque ou diminue l'opinion que nous pouvions en avoir. La résiliation prend effet à l'expiration d'un délai de 10 jours à compter de la date d'envoi de la lettre de résiliation.

Votre contrat peut être résilié de plein droit

- En cas de retrait de notre agrément.
- En cas de décès du souscripteur. Cependant, si le contrat garantit d'autres bénéficiaires, avec l'accord de l'assureur, les droits et obligations du souscripteur décédé peuvent être transférés à l'un d'entre eux. La désignation d'un nouveau souscripteur doit s'effectuer

avant la prochaine échéance. À défaut, le contrat est résilié à cette date.

- Si le contrat souscrit par l'association souscriptrice venait à être résilié, les adhérents continueraient à bénéficier auprès de l'assureur de tous les avantages liés à leur adhésion, jusqu'à extinction des garanties, dans la mesure où ils ont adhéré avant la résiliation du contrat.

Dans tous les cas de résiliation, l'attestation de tiers payant ne peut plus être utilisée sous peine de fraude à l'assurance et de risque de poursuite par l'assureur en cas d'utilisation.

4.9 Démarchage à domicile et vente à distance

- Si vous avez été démarché à votre domicile, votre résidence ou sur votre lieu de travail: conformément à l'article L112-9 du Code des Assurances relatif au démarchage à domicile, toute personne physique qui a fait l'objet d'un démarchage à son domicile, sa résidence ou sur son lieu de travail, même à sa demande, et qui signe dans ce cadre, un contrat à des fins qui n'entrent pas dans le cadre d'une activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer pendant le délai de quatorze (14) jours calendaires révolus à compter du jour de sa conclusion, sans avoir à justifier de motif ni à supporter des pénalités.

La survenance d'un sinistre mettant en jeu la garantie du contrat durant le délai de renonciation de 14 jours, rend impossible l'exercice du droit de renonciation.

- Si votre contrat a été conclu à distance (par Internet, par téléphone, par courrier ou par fax): conformément à l'article L112-2-1 du Code des Assurances relatif à la vente à distance, vous bénéficiez de la faculté de renoncer à votre contrat dans les 14 jours qui suivent sa date de conclusion sans motifs ni pénalités.

La survenance d'un sinistre mettant en jeu la garantie du contrat durant le délai de renonciation de 14 jours rend impossible l'exercice du droit de renonciation.

Comment exercer votre droit de renonciation dans les deux cas précités ?

Vous pouvez renoncer par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique, avec demande d'avis de réception adressé à votre Caisse Régionale ou à votre conseiller Groupama selon le modèle de rédaction ci-après.

« Je soussigné(e) (nom, prénom, adresse), déclare renoncer à mon contrat d'assurance (références contrat) conclu par démarchage à domicile ou à distance (indiquez le mode de démarchage) le (/ ** / ****) et demande le remboursement de la prime, déduction faite de la part correspondant à la période durant laquelle le contrat a été en vigueur. Dans ce cas, la résiliation de mon contrat prendra effet à la date de réception de la présente lettre recommandée ou du présent envoi recommandé électronique ».**

Le remboursement de la cotisation afférente interviendra dans un délai maximum de trente jours à compter de la réception de la présente lettre recommandée ou du présent envoi recommandé électronique.

4.10 Subrogation

Il s'agit de notre droit de récupérer auprès du responsable d'un sinistre les sommes que nous avons payées. Si, de votre fait, la subrogation ne peut plus s'exercer en notre faveur, notre garantie cesse d'être engagée dans la mesure où la subrogation aurait pu s'exercer.

4.11 Délai de prescription

Aux termes de l'article L.114-1 du Code des assurances, toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

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.

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

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

Il est rappelé que:

- L'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription contre tous les autres, même contre leurs héritiers. En revanche, l'interpellation faite à l'un des héritiers d'un débiteur solidaire ou la reconnaissance de cet héritier n'interrompt pas le délai de prescription à l'égard des autres cohéritiers, même en cas de créance hypothécaire, si l'obligation est divisible. Cette interpellation ou cette reconnaissance n'interrompt le délai de prescription, à l'égard des autres codébiteurs, que pour la part dont cet héritier est tenu. Pour interrompre le délai de prescription pour le tout, à l'égard des autres codébiteurs, il faut l'interpellation faite à tous les héritiers du débiteur décédé ou la reconnaissance de tous ces héritiers. (article 2245 du Code civil).
- L'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance interrompt le délai de prescription contre la caution. (article 2246 du Code civil).

La prescription est également interrompue 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 avis de réception (par nous en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation et par vous en ce qui concerne le règlement de l'indemnité).

4.12 Réclamation – Médiation

Une réclamation est l'expression orale ou écrite d'un mécontentement envers un professionnel. Une demande de service ou de prestation, d'information ou d'avis n'est pas une réclamation.

Pour toute réclamation, vous pouvez vous adresser à votre interlocuteur habituel ou au siège de votre assureur dont les coordonnées figurent sur vos Conditions Personnelles ou votre certificat d'adhésion.

S'il n'est pas donné satisfaction à votre réclamation orale, nous vous invitons à nous écrire (courrier ou courriel).

En cas de réclamation écrite, nous accuserons réception de celle-ci dans un délai maximum de 10 jours ouvrables à partir de sa date d'envoi.

Notre réponse doit vous être apportée par écrit deux mois au plus tard à compter la date d'envoi de cette réclamation.

Si cette réponse ne vous satisfait pas, ou si aucune réponse ne vous a été apportée à l'issue de ces deux mois, vous disposez du droit de saisir la Médiation de l'Assurance sur le site **www.mediation-assurance.org** ou par courrier (Médiation de l'Assurance TSA 50110, 75441 Paris Cedex 09), sans préjudice du droit de saisir la justice.

Si vous le souhaitez, notre service Réclamations reste à votre disposition. Ses coordonnées sont disponibles dans la rubrique Réclamations sur **www.groupama.fr**.

4.13 Dématérialisation des échanges relatifs au contrat

ÉCHANGES DÉMATÉRIALISÉS AVEC L'ASSURÉ

S'agissant des informations et documents relatifs à son contrat, l'assuré est informé que l'assureur peut échanger de façon dématérialisée et notamment lui fournir ou mettre à sa disposition ces informations et documents sur un support autre que le papier notamment par courrier électronique (email) et/ou via son espace client sécurisé complété d'une notification de mise à disposition.

Par la communication de son adresse électronique lors de la souscription ou en cours de contrat, l'assuré reconnaît que cette dématérialisation est adaptée à sa situation.

L'assuré peut, à tout moment, s'opposer à la dématérialisation et demander à l'assureur, par tout moyen, qu'un support papier soit utilisé et ce, sans frais à sa charge.

Pour ce faire, l'assuré peut faire son choix directement à partir de son espace client sécurisé sur le site **groupama.fr** ou en s'adressant à son conseiller par ses moyens de contact habituels (email, agence courrier postal).

L'assuré s'engage à informer sans délai l'assureur de toute modification de ses coordonnées électroniques (adresse mail ou numéro de téléphone mobile) afin de permettre le bon acheminement des informations et/ou des documents.

MISE À DISPOSITION D'UN ESPACE CLIENT SÉCURISÉ

L'assureur met à disposition de l'assuré un espace client sécurisé permettant à ce dernier :

- de prendre connaissance d'informations et de documents déposés par l'assureur : il peut s'agir des informations et documents (notamment précontractuels ou contractuels) fournis par l'assureur sur support durable autre que le papier ou sur tout autre support et déposés dans l'espace client sécurisé afin que l'assuré puisse s'y reporter ;
- de bénéficier d'un service de consultation et de gestion de son contrat ;
- de faciliter la gestion de ses coordonnées, de contact et bancaires, et demander la modification de son code d'accès.

ACCÈS À L'ESPACE CLIENT SÉCURISÉ – CODE D'ACCÈS ET ACCEPTATION DES CONDITIONS GÉNÉRALES D'UTILISATION (CGU)

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. Le mot de passe est communiqué à l'assuré de façon sécurisée sur la base des éléments d'identification fournis par ses soins.

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

L'assuré s'engage à assurer la confidentialité de son code d'accès.

En cas de perte ou de vol du code d'accès confidentiel, l'assuré doit impérativement et sans délai en informer l'assureur, afin qu'un nouveau mot de passe lui soit attribué.

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

En cas de négligence de sa part, il est 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 son code d'accès confidentiel.

Lors de sa première connexion à l'espace client sécurisé au moyen de son code d'accès, l'assuré doit prendre connaissance et accepter les conditions générales d'utilisation dudit espace client pour pouvoir effectuer l'ensemble des opérations de consultation et de gestion de son contrat et pour prendre connaissance des informations et documents mis à disposition par l'assureur.

L'espace client sécurisé est accessible à compter de la validation des conditions générales d'utilisation.

CONVENTION DE PREUVE

La présente convention de preuve s'applique :

- à la fourniture par l'assureur d'informations ou de documents par courrier électronique envoyé à l'assuré ;
- à la mise à disposition par l'assureur d'informations ou de documents sur l'espace client sécurisé ;
- aux opérations de consultation et de gestion de son contrat effectuées par l'assuré dans son espace client sécurisé.

L'assuré et l'assureur acceptent et reconnaissent mutuellement que :

- toute opération de consultation ou de gestion, et plus généralement toute opération effectuée dans son espace client sécurisé, après authentification au moyen de son code d'accès confidentiel sera réputée être effectuée par l'assuré ;
- les informations contenues dans les écrans de consultation ou de gestion et liées aux opérations réalisées par l'assuré dans son espace client sécurisé et conservées informatiquement par l'assureur seront opposables à l'assuré et auront valeur de preuve ;
- concernant les échanges dématérialisés entre l'assureur et l'assuré, les données relatives à ces échanges et enregistrées dans le système d'information de l'assureur, seront opposables à l'assuré et auront valeur de preuve.

CONFIDENTIALITÉ / SÉCURITÉ

■ Messagerie

Une messagerie, intégrée à l'espace client, peut également permettre de faciliter les échanges entre l'utilisateur et ses différents interlocuteurs. La messagerie peut être utilisée :

- par l'assuré pour envoyer un message à un conseiller. Il recevra une réponse sur sa messagerie personnelle et non sur la messagerie intégrée à son espace client ;
- par les services de l'assureur pour envoyer au client des messages commerciaux ou relationnels.

MISE EN GARDE

Groupama met en garde les utilisateurs du site et ses clients contre l'apparition d'un nouveau type de fraude financière : le « phishing » liée

à l'utilisation du courrier électronique. Il s'agit de plagier partiellement ou entièrement un site Internet (par exemple celui d'une banque ou d'un assureur connu) et d'essayer d'obtenir des informations à caractère personnel ou confidentiel. Cette demande est souvent motivée à des soi-disant mesures de sécurité ou de mises à jour des bases de données.

- Ne pas répondre pas à ces mails.
- Ne cliquer sur aucun des liens figurant dans ces mails.
- Supprimer ces mails.

L'assureur rappelle également à l'assuré que ses codes d'accès sont strictement confidentiels. Dans un souci de prévention, ne communiquer à personne ces codes secrets de connexion.

L'assuré doit savoir par ailleurs que jamais Groupama ne les lui demandera, ni par mail, ni par téléphone, ni par courrier.

S'il arrivait à l'assuré de recevoir un message lui demandant de le faire, le transmettre à l'assureur immédiatement. Les échanges entre l'ordinateur de l'assuré et l'espace client du site font l'objet d'un cryptage afin d'éviter que des tiers puissent intercepter les données confidentielles qui circulent sur le réseau Internet. Ce cryptage se caractérise par une adresse débutant par «https» et par un petit cadenas fermé indiquant que l'assuré est bien sur une page sécurisée.

4.14 Protection des données personnelles

Des données à caractère personnel sont recueillies à différentes étapes de nos activités commerciales ou d'assurance concernant les assurés, les personnes parties au contrat ou intéressées au contrat. Ces données sont traitées dans le respect du Règlement Général sur la protection des données (ci-après RGPD), de la loi Informatique et Libertés modifiée ainsi que des réglementations annexes liées à la protection des données personnelles.

VOS DROITS SUR LES DONNÉES PERSONNELLES

Vous disposez de droits sur vos données que vous pouvez exercer facilement:

- droit de prendre connaissance des informations dont nous disposons et de demander à les compléter ou les corriger (droits d'accès et de rectification).
- droit de demander l'effacement de vos données ou d'en limiter l'utilisation (droits de suppression des données ou de limitation).
- droit de vous opposer à l'utilisation de vos données, notamment concernant la prospection commerciale (droit d'opposition).
- droit de récupérer les données que vous nous avez personnellement fournies pour l'exécution de votre contrat ou pour lesquelles vous avez donné votre accord (droit à la portabilité des données).
- droit de définir des directives relatives à la conservation, l'effacement et la communication de vos données après votre décès.

Vous pouvez exercer ces droits sur notre site **Groupama.fr** (rubrique «contact Informatique et Libertés/RGPD»), par courrier postal en écrivant au DPO aux coordonnées précisées sur vos documents contractuels, ou par e-mail à **contactdpo@groupama.com**.

Dans votre espace personnel sur notre site internet, vous pouvez également gérer vos préférences en matière de communications et prospection commerciale ou d'abonnement à notre newsletter, actualiser certaines données et accéder aux éléments relatifs à vos contrats.

Toute demande concernant vos données personnelles peut aussi être adressée au Délégué à la Protection des Données à **contactdpo@groupama.com**.

Vous pouvez également déposer une réclamation auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) si vous estimez que nous avons manqué à nos obligations concernant vos données.

Dans notre Politique de Protection des Données, la description détaillée des traitements mis en œuvre et les modalités d'exercice de vos droits sont actualisés régulièrement et accessibles sur notre site internet **Groupama.fr** ou auprès de votre Assureur.

Dans le cadre de ses obligations, votre Assureur est tenu de vérifier régulièrement que les données concernant les personnes sont exactes, complètes et à jour. À cette fin, nous pouvons être amenés à vous solliciter pour vérifier ou compléter ces informations.

PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES ET ASSURANCE

Quels types de données personnelles collectons-nous ?

Les catégories de données personnelles qui peuvent être collectées et traitées sont les suivantes:

- données d'identification et coordonnées (ex: nom, prénom, n° de dossier...);
- informations liées à la vie professionnelle (ex: employeur pour les contrats collectifs ou catégorie socio-professionnelle, rémunération...);
- informations liées à la vie personnelle (ex: vie familiale, type de souscription...);
- données d'ordre économiques ou financières (ex: transactions, factures...);
- données de connexion (ex: logs, date de connexion...);
- données de santé dans le cadre de la mise en œuvre des garanties d'assurance et d'assistance;
- informations relatives à un fait illicite le cas échéant (ex: fraude aux assurances...).

POURQUOI COLLECTONS-NOUS DES DONNÉES PERSONNELLES ?

Les données recueillies par l'Assureur, à différentes étapes de la souscription ou de la gestion des contrats d'assurance, sont nécessaires aux objectifs suivants:

Dans le cadre de votre contrat ou de l'exécution de mesures précontractuelles, pour la passation, gestion, exécution des contrats d'assurance ou d'assistance

Les données recueillies pour la passation, la gestion et l'exécution des contrats vous concernant ou concernant les personnes parties, intéressées ou intervenant au contrat, ont pour objectifs:

- la délivrance de conseil et l'étude des besoins spécifiques de chaque personne afin de proposer des contrats d'assurance adaptés à chaque situation. À cet effet, une évaluation de la situation familiale et des contrats en cours de l'assurée peut être réalisée ce qui peut aboutir à un score d'appétence pour un produit défini;
- l'examen, l'acceptation, le contrôle et la surveillance du risque;
- la gestion des contrats (de la phase précontractuelle à la résiliation du contrat), et l'exécution des garanties du contrat;
- la gestion des clients;
- la comptabilité, la facturation et la refacturation;
- l'exercice des recours, la gestion des réclamations et des contentieux.

En cas de conclusion d'un contrat, les données sont conservées pour la durée du contrat ou la durée de gestion de votre sinistre et jusqu'à l'expiration des délais légaux de prescription ou de conservation.

En l'absence de conclusion d'un contrat (données prospects), les données sont conservées 5 ans maximum à compter de leur collecte à des fins probatoires.

Les traitements mis en œuvre dans le cadre de l'intérêt légitime de l'Assureur

- L'élaboration des statistiques et études actuarielles et la mise en place d'actions de prévention proposées par l'assureur, notamment en vue de réduire les risques et sinistres.
- La conduite d'activités de recherche et développement, afin d'améliorer les produits et services proposés.
- Les opérations de communication, les enquêtes de satisfaction ou les réponses à vos demandes afin de fidéliser la clientèle et d'améliorer la qualité de service.
- Le contrôle, l'audit afin de respecter les engagements internes de l'entreprise.

Ces différentes informations sont conservées entre 2 et 5 ans maximum à compter de leur collecte ou sont anonymisées à des fins statistiques.

- La gestion du contrat intra groupe au sein des entités du groupe Groupama.
- La lutte contre la fraude à l'assurance afin de protéger la mutualité des assurés et éviter la prise en charge de demandes injustifiées, a un intérêt légitime à lutter contre les fraudes. À cette fin, des données personnelles (y compris des données de santé) pourront donc être utilisées pour prévenir, détecter et gérer les fraudes quel qu'en soit l'auteur.

Ces dispositifs de lutte contre la fraude peuvent conduire à l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude. Les données traitées pour la lutte contre la fraude sont conservées 5 ans maximum à compter de la clôture du dossier de fraude. En cas de procédure judiciaire, les données seront conservées jusqu'à la fin de la procédure, et expiration des prescriptions applicables. Les personnes inscrites sur une liste de fraudeurs présumés, seront désinscrites passé le délai de 5 ans à compter l'inscription sur cette liste. Les droits sur ces données peuvent être exercés à tout moment par courrier à ALFA, 1, rue Jules Lefebvre – 75431 Paris Cedex 09.

Dans le cadre de nos relations, nous vous informons que les appels téléphoniques peuvent être enregistrés afin de s'assurer de la bonne exécution de nos prestations à votre égard et plus généralement afin de faire progresser la qualité de service ou dans le cadre de nos obligations réglementaires.

Les enregistrements téléphoniques sont conservés jusqu'à 6 mois maximum ou 2 ans pour preuve de nos obligations réglementaires.

LES TRAITEMENTS MIS EN ŒUVRE POUR RESPECTER LES OBLIGATIONS LÉGALES OU RÉGLEMENTAIRES DE L'ASSUREUR:

- pour **la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme**: L'Assureur met en œuvre des traitements et dispositifs de surveillance ayant pour finalité la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme, ainsi que la mise en œuvre de mesures de gel des avoirs s'inscrivant dans le cadre de régimes de sanctions économiques et financières nationales et internationales; les données utilisées à cette fin sont conservées 5 ans à compter de l'exécution de l'opération ou de la cessation de la relation d'affaires selon la nature des données concernées; le droit d'accès à ces données s'exerce via une procédure d'accès indirect auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et Libertés s'agissant des traitements de lutte contre le blanchiment des capitaux (voir cnil.fr);
- pour **la communication institutionnelle et fonctionnement des instances**: Du fait de votre qualité de sociétaire Groupama ou de la souscription de certains contrats, des données peuvent être utilisées pour vous adresser des communications institutionnelles, des convocations aux instances légalement prévues, ainsi que tous documents nécessaires à la gestion de ces instances (ex: convocation

aux Assemblées Générales...), par courrier postal ou par voie de communication électronique (email, SMS/MMS...);

- pour traiter les **réquisitions judiciaires** émanant de tiers autorisés (ex: administration publique).

Vous pouvez vous opposer à tout moment à la transmission de communications institutionnelles (voir vos droits).

Vous pouvez également vous opposer à la réception par voie électronique des documents nécessaires aux instances (sauf si statutairement prévu). Dans ce cas, ces documents légalement prévus vous seront adressés soit par courrier postal, soit par tout autre canal (consultation en agence, ...).

Ces informations sont conservées le temps de notre relation contractuelle ou le temps nécessaire à la gestion des instances, suivi des délais de prescriptions applicables.

LES TRAITEMENTS MIS EN ŒUVRE UNIQUEMENT AVEC VOTRE ACCORD

Nous traitons également vos données personnelles avec votre consentement dans certains cas précis:

- pour **traiter des données relatives à votre santé**, lorsque les circonstances d'un sinistre l'imposent ou lorsque que vous devez remplir un questionnaire médical.

Lorsque la personne concernée est le souscripteur du contrat, alors son consentement ainsi que celui de son entourage devra être donné au moment de la collecte de la donnée.

En revanche, dans le cadre de nos activités de protection sociale, le recueil de votre accord n'est pas nécessaire.

Ces informations sont traitées dans le respect de la confidentialité médicale et sont conservées pour la durée du contrat ou la durée de gestion de votre sinistre et jusqu'à l'expiration des délais légaux de prescription ou de conservation;

- a des fins de prospections commerciales, lorsque nous souhaitons personnaliser nos offres et vous les adresser par courrier électronique, par SMS ou encore par automate d'appel, pour communiquer vos données à nos partenaires ou encore afin de personnaliser la publicité que vous pouvez voir sur des sites tiers.

Vous pouvez retirer votre consentement, à tout moment, en réglant vos préférences dans votre espace personnel, à partir du lien de désabonnement prévu dans nos envois ou en contactant notre service DPO (voir ci-avant vos droits).

Les données collectées à cette fin sont conservées pendant un délai de 3 ans à compter de la fin de la relation commerciale, de leur collecte ou du dernier contact.

Pour la prospection exercée par voie téléphonique, vous pouvez aussi vous opposer en vous inscrivant gratuitement sur la liste d'opposition BLOCTEL (www.bloctel.gouv.fr) qui interdit aux professionnels avec lesquels vous n'avez pas de relation contractuelle en cours de vous démarcher par téléphone.

D'autres finalités particulières peuvent être mises en œuvre pour l'exécution de certains contrats. Dans ce cas, il convient de se reporter aux documents contractuels ou conditions générales d'utilisation spécifiques pour une complète information sur les traitements mis en œuvre, leurs finalités et l'exercice des droits des personnes.

À QUI SONT COMMUNIQUÉES CES INFORMATIONS?

Les données à caractère personnel traitées sont destinées, dans la limite de leurs attributions:

- aux services internes de l'Assureur ou aux entreprises du Groupe Groupama en charge des relations commerciales et de la gestion des

contrats, de lutte contre la fraude ou de la lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme, de l'audit et du contrôle;

- ces informations peuvent également être communiquées, dès lors que cela est nécessaire, à nos réassureurs, intermédiaires, partenaires, et sous-traitants, ainsi qu'aux organismes susceptibles d'intervenir dans l'activité d'assurance, tels les organismes publics ou autorités de tutelles, ou les organismes professionnels (dont ALFA à des fins de lutte contre la fraude et TRACFIN pour la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme);
- aux prestataires externes en charge de l'hébergement des données, de la maintenance des logiciels et des systèmes d'information;
- les informations relatives à votre santé sont exclusivement destinées aux médecins-conseil de l'Assureur ou d'autres entités du Groupe, à son service médical ou à des personnes internes ou externes habilitées spécifiquement (notamment nos experts médicaux);
- aux tiers-autorisés: juridictions, arbitres, médiateurs, auxiliaires de justice, officiers ministériels, organismes sociaux, autorités de tutelle et de contrôle, tous les organismes publics habilités aux services avec missions de contrôle tels que les commissaires aux comptes ou les auditeurs.

GARANTIES D'ASSISTANCE

La mise en œuvre des garanties d'assistance prévues au contrat peut nécessiter le traitement de données personnelles, notamment des données de santé, par Mutuaide Assistance.

Ces informations sont exclusivement destinées aux personnes en charge de la gestion de vos garanties et concernant vos données de santé, aux médecins de l'assiste, à ses gestionnaires habilités, et autres personnes habilitées (urgentistes, ambulanciers, médecins locaux...).

Certaines données, strictement nécessaires à la mise en œuvre des prestations d'assistance, sont susceptibles de faire l'objet de transferts hors Union Européenne dans l'intérêt de la personne concernée ou de la sauvegarde de la vie humaine.

Vous acceptez expressément, le recueil et le traitement de données de santé dans ce cadre.

Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, de suppression, de limitation, de portabilité et d'opposition à toutes informations vous concernant auprès de Mutuaide Assistance, et s'agissant de l'accès à vos données médicales auprès de son Médecin-Conseil. (demande par courrier postal, accompagnée de la photocopie d'une pièce d'identité, à l'adresse Mutuaide Assistance – 126, rue de la Piazza – 93160 Noisy-le-Grand ou le site www.mutuaide.fr).

Tout appel téléphonique passé dans le cadre de la mise en œuvre des garanties d'assistance sera systématiquement enregistré sur les plateformes de Mutuaide Assistance aux fins d'assurer une parfaite exécution des prestations. Le droit d'accès à ces enregistrements s'effectue directement auprès de Mutuaide Assistance dans les limites de la durée de conservation de ces enregistrements.

TRANSFERTS D'INFORMATIONS HORS DE L'UNION EUROPÉENNE:

Les données personnelles sont traitées au sein de l'Union Européenne. Toutefois, des données peuvent faire l'objet de transferts vers des pays hors Union Européenne, dans le respect des règles de protection des données et encadrées par des garanties appropriées (ex: clauses contractuelles types de la commission européenne, pays présentant un niveau de protection des données reconnu comme adéquat...).

Ces transferts peuvent être effectués pour l'exécution des contrats, la lutte contre la fraude, le respect d'obligations légales ou réglementaires,

la gestion d'actions ou contentieux permettant notamment à l'Assureur d'assurer la constatation, l'exercice ou la défense de ses droits en justice ou pour les besoins de la défense des personnes concernées. Certaines données, strictement nécessaires à la mise en œuvre des prestations d'assistance, peuvent aussi être transmises hors de l'Union Européenne dans l'intérêt de la personne concernée ou de la sauvegarde de la vie humaine.

4.15 Organisme de contrôle

Notre autorité de contrôle est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), 4 place de Budapest – CS 92459 – 75436 Paris Cedex 09.

L'ACPR est chargée de la supervision des secteurs bancaires et d'assurance. Elle veille à la préservation de la stabilité du système financier et à la protection des clients..

4.16 Lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme :

En sa qualité d'entreprise d'assurance, la Caisse Régionale d'Assurances Mutuelles Agricoles est assujettie aux dispositions du Code monétaire et financier relatives à la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme, ainsi qu'à celles relatives au gel des avoirs et à l'interdiction de mise à disposition. Elle détermine et met en place des règles et procédures de vigilance et de contrôle appropriées en vue de l'application de cette réglementation.

Les statuts APERIA Association de Prévoyance, d'Épargne et de Retraite Individuelles et Actives

Titre I – Dispositions Générales

Article 1^{er}: Dénomination

Il est formé, entre les soussignés et les autres personnes qui adhéreront aux présents statuts, une association, régie par la loi du 1^{er} juillet 1901 et le décret du 16 août 1901, qui prend la dénomination de: Association de Prévoyance, d'Épargne et de Retraite Individuelles et Actives (APERIA), ci-après dénommée «l'Association».

Article 2: Objet

L'Association a pour objet:

- de promouvoir le développement de la retraite et de la prévoyance complémentaires ainsi que la couverture des frais de soins, et de souscrire au profit de ses membres des contrats d'assurance collective (vie, décès, retraite, prévoyance et santé) ainsi que des garanties d'assistance ou des services complémentaires;
- plus spécifiquement, en sa qualité de groupement d'épargne retraite populaire, de souscrire un ou plusieurs plans d'épargne retraite populaire (PERP), ainsi qu'un ou plusieurs plans d'épargne retraite individuels (PERIN) pour le compte des adhérents, et, pour chaque plan souscrit, d'assurer la représentation des intérêts de ces adhérents, et, à ces fins:

- 1° De mettre en place un Comité de Surveillance pour chaque plan (PERP et / ou PERIN) souscrit par l'Association, sous réserve du cas mentionné au premier alinéa de l'article R. 144-13 du code des assurances et des cas mentionnés aux alinéas 2 et 3 de l'article L. 224-35 du code monétaire et financier;
- 2° D'organiser la consultation des adhérents;
- 3° D'assurer le secrétariat et le financement de chaque Comité de Surveillance et de l'Assemblée Générale des adhérents.

L'Association est tenue de mettre en œuvre les décisions, y compris celles d'ester en justice prises en application des dispositions des II, VIII, IX et XII de l'article L.144-2 et des articles R.144-8 et R.144-14 du code des assurances, par l'Assemblée Générale des adhérents aux plans et par les Comités de Surveillance desdits plans.

Article 3: Sièg

Le siège de l'Association est situé au 4 Square de l'Opéra Louis Jovet, 75009 Paris.

Il peut être transféré en tout autre lieu par décision du Conseil d'Administration.

Article 4: Durée

L'Association est créée pour une durée indéterminée à compter de sa déclaration. Elle ne peut être dissoute que dans les conditions prévues à l'article 29 des présents statuts.

Article 5: Membres de l'Association

Sont membres de droit de l'Association et disposent d'un droit de vote à l'Assemblée Générale les personnes qui adhèrent aux présents statuts et aux contrats d'assurance collective souscrits par l'Association ainsi que tout adhérent à un plan d'épargne retraite populaire (**PERP**) ou tout titulaire à un plan d'épargne retraite individuel (**PERIN**) souscrit par l'Association.

La qualité de membre se perd:

- par la cessation de l'adhésion pour quelque cause que ce soit au contrat collectif ou au plan d'épargne retraite souscrit par l'Association;
- en cas de cessation d'activité de l'Association en tant que groupement et de reprise des missions de l'Association par une autre association ayant la qualité de groupement d'épargne retraite populaire.

Le titre de membre honoraire peut être décerné par le Conseil d'Administration aux personnes qui rendent ou qui ont rendu des services à l'Association.

Les membres de l'Association, adhérents et/ou titulaires à un contrat collectif ou à un plan d'épargne retraite (**PERP ou PERIN**) souscrit par l'Association ne sont en aucun cas personnellement responsables des engagements contractés par elle. Seul en répond le patrimoine de l'Association.

Titre II – Administration

Article 6: Composition du Conseil d'Administration de l'Association

L'Association est administrée par un Conseil composé de cinq à treize membres.

Les membres du Conseil sont élus par l'Assemblée Générale. Le Conseil est composé pour plus de la moitié, de membres ne détenant ou n'ayant détenu au cours des deux années précédant leur désignation aucun intérêt ni aucun mandat dans l'organisme d'assurance signataire du contrat d'assurance de groupe, et ne recevant ou n'ayant reçu au cours de la même période aucune rétribution de cet organisme.

La durée du mandat des administrateurs est de trois ans. Tout membre sortant est rééligible.

Nul ne peut être membre du Conseil d'Administration de l'Association ni, directement ou indirectement ou par personne interposée, administrer,

diriger ou gérer à un titre quelconque l'Association, ni disposer du pouvoir de signer pour le compte de l'Association s'il relève de l'une des condamnations ou mesures mentionnées aux 1° à 3° de l'article L.322-2 du code des assurances.

Article 7: Remplacement des membres

En cas de vacance par 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 8: Bureau du Conseil d'Administration

Le Conseil désigne, parmi ses membres, un bureau composé du Président du Conseil d'Administration, d'un vice-Président, d'un secrétaire et d'un trésorier. Le bureau du Conseil se réunit, sur convocation de son Président, aussi souvent que l'exige l'intérêt de l'Association.

Les membres du Conseil d'Administration et des Comités de surveillance peuvent recevoir 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 9: Réunions du Conseil d'Administration

Le Conseil d'Administration se réunit sur la convocation de son Président aussi souvent que l'exige l'intérêt de l'Association et au minimum une fois par an.

Dans les conditions prévues par la loi, le règlement intérieur peut prévoir que les réunions peuvent se tenir par visioconférence ou tout moyen de télécommunication. Conformément aux dispositions légales et réglementaires et dans les limites qu'elles prévoient, les administrateurs qui participent aux réunions du Conseil d'Administration par des moyens de visioconférence ou de télécommunication sont réputés présents pour le calcul du quorum et de la majorité.

Les délibérations sont prises à la majorité des membres présents ou représentés; en cas de partage, la voix du Président est prépondérante.

Un administrateur peut se faire représenter à une séance du Conseil d'Administration uniquement par un autre administrateur. Chaque administrateur ne peut disposer au cours d'une même séance que de deux pouvoirs 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 un registre de présence et des délibérations du Conseil d'Administration, dont les procès-verbaux sont signés du Président et du secrétaire de séance. Ces procès-verbaux et ce registre de présence sont tenus à la disposition des Comités de Surveillance des plans d'épargne retraite (PERP et/ou PERIN) souscrits par l'Association.

Les copies ou extraits de ces procès-verbaux sont signés par le Président ou par un administrateur mandaté à cet effet.

Article 10: Pouvoirs du Conseil d'Administration

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 de l'Association ou aux Comités de Surveillance.

Il nomme et révoque le personnel, fixe les traitements, autorise la prise à bail ou la location de locaux nécessaires aux besoins de l'Association, fait effectuer toutes réparations aux immeubles, autorise toutes acquisitions et ventes de valeurs, meubles et objets mobiliers.

Il décide des droits d'entrée et cotisations prévus à l'article 17 des présents statuts, de leur montant et de la convocation des Assemblées.

Il peut constituer tout mandataire, même en dehors de son sein, pour l'exécution de tout ou partie de ses tâches.

Titre III – Assemblées Générales de l'Association

Article 11: Composition

L'Assemblée Générale se compose des membres de l'Association.

Tout membre de l'Association peut proposer une résolution à l'Assemblée Générale par lettre recommandée avec accusé de réception adressée au Président du Conseil d'Administration. Ces résolutions doivent être présentées par le dixième des adhérents au moins, ou par cent adhérents si le dixième est supérieur à cent, et communiquées au Conseil d'Administration 60 jours au moins avant la date fixée pour la réunion de l'Assemblée.

Article 12: Convocation des Assemblées

L'Assemblée Générale de l'Association se réunit au moins une fois par an sur convocation du Président du Conseil d'Administration.

Elle se réunit, chaque année, aux lieux, jour et heure, indiqués dans l'avis de convocation.

Elle peut, en outre, être convoquée extraordinairement, soit sur demande du Conseil d'Administration de l'Association, soit sur demande du Commissaire aux comptes, soit sur la demande d'un pourcentage de dix pour cent minimum des adhérents de l'Association.

Les convocations sont faites par lettres individuelles ou par courriers électroniques adressés au moins trente jours avant la date de l'Assemblée. La convocation individuelle mentionne l'ordre du jour et contient les projets de résolutions présentés par le Conseil d'Administration ainsi que ceux communiqués par les adhérents dans les délais requis.

Tout adhérent peut se faire représenter par son conjoint, un descendant, un autre adhérent ou un administrateur.

Les mandataires peuvent remettre les pouvoirs qui leur ont été conférés à des administrateurs.

Le nombre de pouvoirs dont un même mandataire peut disposer ne peut excéder 5 % des droits de vote.

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.

Article 13: Fonctionnement des Assemblées

L'Assemblée Générale (réunie à titre Ordinaire ou Extraordinaire) est présidée par le Président ou un vice-Président du Conseil d'Administration ou, à défaut, par un administrateur désigné par le Conseil.

Son bureau est celui du Conseil d'Administration.

L'Assemblée Générale (Ordinaire ou Extraordinaire) ne peut valablement délibérer que si mille adhérents ou un trentième des adhérents au moins sont présents ou représentés. Si, lors de la première convocation, l'Assemblée n'a pas réuni ce quorum, une seconde Assemblée est convoquée. Elle délibère alors valablement quel que soit le nombre de ses adhérents présents ou représentés.

Les résolutions présentées en Assemblée Générale Ordinaire sont adoptées à la majorité simple des votes exprimés.

Les résolutions présentées en Assemblée Générale Extraordinaire sont adoptées à la majorité des deux tiers des votes exprimés.

En cas de partage, la voix du Président est prépondérante.

Article 14: Délibérations des Assemblées

Les délibérations des Assemblées sont constatées par des procès verbaux inscrits sur un registre spécial et signé par le Président et un membre du bureau.

Les copies ou extraits de ces procès verbaux sont signés par le Président du Conseil d'Administration ou par un administrateur mandaté à cet effet.

Les procès-verbaux de l'Assemblée Générale peuvent être consultés sur rendez-vous au siège de l'Association ou être obtenus sur demande écrite adressée au Président du Conseil d'Administration.

Article 15: Attributions de l'Assemblée Générale Ordinaire

L'Assemblée Générale Ordinaire approuve les comptes annuels de l'Association arrêtés par le Conseil d'Administration, certifiés par le commissaire aux comptes et établis selon des règles fixées par un règlement de l'Autorité des normes comptables sur le rapport du commissaire aux comptes; elle pourvoit au renouvellement des membres du Conseil; autorise toutes acquisitions d'immeubles, nécessaires à l'accomplissement du but de l'Association, tous échanges et ventes de ces immeubles, ainsi que toutes constitutions d'hypothèques et tous emprunts; nomme un commissaire aux comptes titulaire et un suppléant choisis sur la liste mentionnée à l'article L.822-1 du code de commerce et qui exercent leurs fonctions dans les conditions prévues au sixième alinéa de l'article L.612-1 dudit code et, d'une manière Générale, délibère sur toutes autres propositions inscrites à l'ordre du jour.

L'Assemblée Générale Ordinaire a seule qualité pour autoriser la signature d'avenants aux contrats d'assurance de groupe souscrits par l'Association. Elle peut toutefois déléguer au Conseil d'Administration, par une ou plusieurs résolutions et pour une durée qui ne peut excéder dix-huit mois, le pouvoir de signer un ou plusieurs avenants ne portant pas sur des dispositions essentielles des contrats et dans des matières que la résolution définit.

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

L'Assemblée Générale adopte les règles de déontologie auxquelles seront tenus les membres du Conseil d'Administration, du bureau et du personnel salarié de l'Association et des membres des Comités de Surveillance des plans d'épargne retraite souscrits par l'Association

Article 16: Attributions de l'Assemblée Générale Extraordinaire

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 dans les conditions prévues à l'article 43 des présents statuts.

Titre IV – Ressources et comptes de l'Association

Article 17: Ressources de l'Association

L'Association peut recevoir de ses membres fondateurs une dotation lui permettant de faire face à ses premiers frais.

Elle peut percevoir auprès de ses membres un droit d'entrée et pour les membres autres que ceux adhérant à un plan d'épargne retraite populaire, une cotisation annuelle dont le

montant est fixé chaque année par le Conseil d'Administration.

Ses activités relatives à chaque **plan d'épargne retraite populaire (PERP)** et à leur Comité de Surveillance sont financées, outre par les éventuels droits d'entrée versés à l'Association par les adhérents au plan, par des prélèvements effectués par l'organisme d'assurance sur les actifs du plan. Ces sommes sont déterminées et versées dans les conditions prévues à l'article 27 des présents statuts.

Ses activités relatives à chaque **plan d'épargne retraite individuel (PERIN)** et à leur Comité de Surveillance sont financées par une cotisation initiale d'adhésion et, le cas échéant, des cotisations régulières des adhérents qui peuvent prendre la forme de frais prélevés sur le plan.

Elle perçoit les intérêts et revenus des biens et valeurs qu'elle possède.

Article 18: Commissaires aux comptes

L'Assemblée Générale de l'Association nomme un commissaire aux comptes titulaire et un suppléant choisis sur la liste mentionnée à l'article L.822-1 du code de commerce et qui exercent leurs fonctions dans les conditions prévues au sixième alinéa de l'article L.612-1 dudit code.

Titre V – Déontologie

Article 19: Règles de déontologie

Les règles de déontologie adoptées par l'Assemblée Générale Ordinaire de l'Association, ont pour objet de prévenir et de résoudre les conflits d'intérêts. Elles précisent les informations que les personnes qui pourraient être considérées comme étant en situation de conflit d'intérêt dans leur fonction, notamment en raison de leurs liens de toute nature, directs ou indirects avec l'organisme d'assurance gestionnaire du plan ou ses prestataires de service, doivent, sous leur responsabilité, porter à la connaissance du Président du Conseil d'Administration ou du Président du Comité de Surveillance. Elles déterminent les cas et les conditions dans lesquelles ces personnes doivent s'abstenir de participer aux délibérations, s'abstenir de voter ou proposer leur démission.

Ces règles précisent les obligations de diligence et de confidentialité desdites personnes dans l'exercice de leur fonction.

Ces règles définissent également les conditions dans lesquelles les membres du Conseil d'Administration, le cas échéant, du bureau et du personnel salarié de l'Association d'une part et les membres des Comités de Surveillance des plans souscrits par l'Association d'autre part, communiquent au Président de l'Association ou au Président de leurs Comités respectifs, des informations sur leur état civil, leur honorabilité, leur expérience et leurs qualifications professionnelles.

Les règles de déontologie précisent également, en tant que de besoin, les critères permettant d'apprécier si un membre du Conseil d'Administration ou d'un Comité de Surveillance répond aux conditions fixées au premier alinéa de l'article L.141-7 du code des assurances ainsi qu'aux conditions fixées par l'article R 224-14 du Code monétaire et financier.

Titre VI – Dispositions spécifiques aux plans d'épargne retraite populaire (PERP) souscrits par l'Association

Comité de Surveillance du Plan d'Epargne Retraite Populaire (PERP)

Article 20: Composition du Comité de Surveillance

Lorsque l'Association a souscrit un plan unique, le Conseil d'Administration

peut exercer les fonctions de Comité de Surveillance.

Un Comité de Surveillance distinct est formé dans les 6 mois qui suivent la signature d'un deuxième plan par l'Association.

Le Comité de Surveillance est composé pour moitié au moins de représentants des adhérents à ce plan et plus de la moitié de ses membres ne détient ou n'a détenu dans les deux années précédant sa désignation, aucun intérêt ni aucun mandat dans l'organisme d'assurance gestionnaire ou dans l'une des sociétés ou l'un des organismes du même groupe, et ne reçoit ou n'a reçu au cours de la même période aucune rétribution de la part de ces mêmes organismes ou sociétés.

Parmi ceux-ci, sont désignés son Président et un membre chargé de l'examen des comptes du plan.

Il est composé au minimum de trois membres dont:

- deux membres au moins sont élus parmi les adhérents dont les droits au titre du plan sont en cours de constitution et parmi les adhérents dont les droits ont été liquidés sous forme de rente lorsque le nombre de ces derniers est supérieur à cent.

L'Assemblée Générale Ordinaire procède à l'élection des membres du Comité de Surveillance représentant les adhérents du plan par vote à scrutin secret. Les votes sont dépouillés et les résultats de ce dépouillement sont affichés au siège social de l'Association dans un délai de quarante huit heures.

- un membre au moins est nommé par le Conseil d'Administration.

Un membre au moins du Conseil d'Administration de l'Association est membre du Comité de Surveillance de chaque plan souscrit par l'Association.

Les fonctions de membres du Comité de Surveillance sont exercées par des personnes physiques. Nul ne peut être membre du Comité de Surveillance d'un plan d'épargne retraite populaire s'il relève de l'une des condamnations ou mesures mentionnées aux 1° à 3° de l'article L.322-2 du code des assurances.

Les membres du Comité de Surveillance sont tenus au secret professionnel à l'égard des informations présentant un caractère confidentiel.

La liste des adhérents d'un plan d'épargne retraite populaire peut être consultée par les membres du Comité de Surveillance de ce plan ou, le cas échéant, par les membres du Conseil d'Administration de l'Association.

La durée des mandats de membre et de Président du Comité de Surveillance ne peut excéder six ans, le cas échéant renouvelable. Une personne physique ne peut exercer simultanément plus de cinq mandats de membres de Comité de Surveillance d'un plan d'épargne pour la retraite populaire, dont deux au plus en qualité de Président.

En cas de vacance par décès, démission ou révocation, d'un ou plusieurs membres du Comité de Surveillance, il est procédé par le Comité à des nominations à titre provisoire jusqu'à la prochaine Assemblée des adhérents.

Les membres ainsi désignés ne demeurent en fonction que pendant le temps qui restait à courir pour le mandat de leur prédécesseur.

Tout membre du Comité de Surveillance peut être révoqué par l'Assemblée Générale Ordinaire à tout moment..

Article 22: Réunions du Comité de Surveillance

Le **Conseil d'Administration exerçant les fonctions de Comité de Surveillance ou le Comité de Surveillance** est réuni au moins une fois par an, sur convocation de son Président ou d'au moins le tiers de ses membres. L'ordre du jour de la réunion est fixé par l'auteur de la convocation. Il est tenu un procès verbal et un registre de présence des réunions du Comité.

Article 23: Rôle du Comité de Surveillance

Le Comité de Surveillance du plan d'épargne retraite populaire:

- 1° Établit chaque année le budget du plan en précisant notamment les conditions et les limites dans lesquelles le Comité de Surveillance peut engager des dépenses au-delà des montants prévus;
- 2° Émet un avis sur le rapport sur l'équilibre actuariel et la gestion administrative, technique et financière du plan prévu au III de l'article L.144-2 du code des assurances; il tient cet avis à la disposition des adhérents du plan et en adresse un exemplaire à l'entreprise d'assurance;

Cet avis motivé comprend également la mention de tout changement, intervenu au cours de l'exercice écoulé, relatif à la composition ou au fonctionnement du Comité de Surveillance ou aux rétributions de ses membres;

Le rapport du ou des commissaires aux comptes de l'entreprise d'assurance sur les comptes annuels du plan et sur l'accomplissement de leur mission au titre du plan est joint à cet avis;

- 3° Décide les expertises juridiques, comptables, actuarielles et financières du plan et en assure le suivi. Il désigne les personnes chargées de ces expertises, notamment du point de vue de leurs qualifications professionnelles et de leur indépendance à l'égard de l'organisme d'assurance gestionnaire du plan et veille au bon déroulement de ces expertises;
- 4° Délibère sur les grandes orientations de la politique de placement décidées et mises en œuvre par l'entreprise d'assurance et sur son suivi;
- 5° Examine les modalités de transfert du plan ou de mise en œuvre des dispositions du II de l'article R. 144-19 du code des assurances en cas de franchissement des seuils définis à ce même article;
- 6° Élabore les propositions de modification du plan;
- 7° Propose la reconduction ou le changement de l'entreprise d'assurance;
- 8° Organise, le cas échéant, la mise en concurrence des entreprises d'assurance en vue de la gestion du plan;
- 9° Émet un avis sur la proposition faite par l'entreprise d'assurance du plan de rémunération de l'épargne des adhérents du plan selon leur profil d'épargne et de risques biométriques, notamment au regard de la volatilité de la provision technique de diversification ou de la gestion des plus-values latentes;
- 10° Émet un avis sur le traitement des réclamations des adhérents du plan par l'entreprise d'assurance;
- 11° Lorsqu'il le juge nécessaire, le Comité de Surveillance peut faire procéder à une étude actuarielle du plan afin d'évaluer les risques susceptibles d'affecter le plan. Cette étude portera en particulier sur les points définis à l'article R.144-16 du code des assurances à savoir:

- les frais et commissions prélevés, à quelque titre que ce soit et sur quelque support d'investissement que ce soit;
- la structure et les perspectives démographiques du plan;

Article 21: Règlement intérieur du Comité de Surveillance

Le Comité de Surveillance se dote d'un règlement intérieur.

Le règlement intérieur du Comité détermine notamment les possibilités pour ses membres de donner pouvoir, les conditions et les délais de convocation du Comité ainsi que les conditions dans lesquelles il délibère. Il prévoit en particulier que chacun de ses membres détient un droit de vote et qu'en cas d'égalité des suffrages, le Président du Comité a voix prépondérante.

Ce règlement détermine également les modalités de désignation du membre chargé de l'examen des comptes.

- la politique d'investissement, la structure des placements du plan, et l'adéquation entre ces placements et les engagements de l'organisme d'assurance au titre du plan.

Article 24 : Rôle des membres spécifiques du Comité de Surveillance

Un membre du Comité de Surveillance est chargé de l'examen des comptes du plan. À ce titre :

- il prépare les délibérations du Comité sur les questions relatives aux comptes du plan ;
- il soumet au Comité les projets de mission de contrôle des comptes du plan ;
- il assure le suivi des missions d'expertise arrêtées par le Comité en application du 3° de l'article R.144-14 du code des assurances, et lui présente les conclusions de ces missions.

Article 25 : Rapport annuel de l'entreprise d'assurance

L'entreprise d'assurance informe au moins **une fois chaque trimestre** le Comité de Surveillance du plan et lui remet, dans les six mois qui suivent la clôture de l'exercice précédent, un rapport annuel sur l'équilibre actuariel et la gestion administrative, technique et financière du plan. Ce rapport est transmis à l'Autorité de Contrôle instituée à l'article L.310-12 accompagné de l'avis du Comité de Surveillance comme mentionné au 2° de l'article 23 des présents statuts. Le rapport annuel mentionné au III de l'article L.144-2 rend compte notamment :

- a) des nouvelles adhésions au plan, ainsi que des flux de cotisations et de prestations versées au cours de l'exercice ;
- b) des opérations relatives à la promotion et à la commercialisation du plan réalisées au cours de l'exercice ;
- c) des réclamations des adhérents du plan et de tout autre litige ou procédure engagée par l'entreprise d'assurance concernant la gestion du plan ;
- d) de tout changement intervenu au cours de l'exercice écoulé concernant la gestion administrative du plan ;
- e) des frais et des commissions prélevés sur les actifs du plan ;
- f) des plus ou moins-values latentes, du résultat financier et du résultat technique du plan, ainsi que de la répartition des résultats techniques et financiers entre les adhérents ;
- g) pour chaque support d'investissement proposé dans le cadre du plan, de la composition, par grandes classes d'actifs, du portefeuille du support et de toute modification, intervenue au cours de l'exercice, des orientations et des instruments de sa gestion financière ;
- h) de l'utilisation, par l'entreprise d'assurance ou par ses éventuels mandataires, des droits de vote attachés aux actifs détenus en représentation des engagements relatifs au plan.

L'avis motivé du Comité de Surveillance sur le rapport de l'entreprise d'assurance prévu au III de l'article L.144-2 comprend également tout changement intervenu au cours de l'exercice écoulé relatif à la composition ou au fonctionnement du Comité de Surveillance ou aux rétributions de ses membres ; le rapport du ou des commissaires aux comptes de l'organisme gestionnaire du plan sur les comptes annuels du plan et sur l'accomplissement de leur mission au titre du plan est joint à cet avis.

Article 26 : Comptes

L'Association établit des comptes séparés pour les opérations relatives à chaque « Plan d'Épargne Retraite Populaire ».

Pour les opérations afférentes à chaque plan et réalisées par l'Association, il est établi une comptabilité auxiliaire d'affectation.

Pour chaque « Plan d'Épargne Retraite Populaire » souscrit, sont ouverts des comptes d'espèces et de titres affectés au règlement de dépenses relatives au fonctionnement et aux missions du Comité de Surveillance et des dépenses relatives au fonctionnement de l'Assemblée Générale ou décidées par cette dernière. Il ne peut être opéré de prélèvements sur ces comptes qu'en règlement de charges exposées par l'Association au titre du plan ou pour le reversement de sommes au plan.

Les mouvements d'espèces et de titres sur les comptes affectés à chaque plan mentionnés au premier alinéa sont effectués sous la responsabilité du Président de l'Association ou le cas échéant de son trésorier.

Le règlement intérieur du Comité de Surveillance prévoit les conditions de gestion de comptes mentionnés au premier alinéa et les conditions de prélèvements sur ces comptes.

Article 27 : Budget annuel pour les « Plans d'Épargne Retraite Populaire »

L'Association établit, pour chaque plan, un budget annuel qui inclut notamment le budget annuel du Comité de Surveillance. Ce budget, établi conformément aux règles d'établissement des comptes de l'Association qui sont fixées par un règlement du comité de la réglementation comptable est, après avis du Comité de Surveillance et de l'entreprise d'assurance gestionnaire du plan, soumis à l'approbation de l'Assemblée des adhérents. Le rapport de résolution relatif à l'adoption de ce budget mentionne obligatoirement ces avis.

Le financement des activités de l'Association relatives à chaque « Plan d'Épargne Retraite Populaire » est assuré par des prélèvements effectués par l'entreprise d'assurance sur les actifs du plan ainsi que par d'éventuels droits d'entrée versés à l'Association par les adhérents au plan. Ces sommes sont déterminées en fonction du budget du plan approuvé en fin d'exercice pour l'exercice suivant. L'entreprise d'assurance du plan verse directement ces sommes sur les comptes affectés au plan mentionnés à l'article 26 des présents statuts.

L'entreprise d'assurance verse dans les mêmes conditions les sommes correspondant à des dépenses conduisant à un dépassement du montant de dépenses prévu par le budget du Comité de Surveillance sous réserve du respect des conditions et limites prévues dans ce même budget en application du 1° de l'article 23 des présents statuts.

Article 28 : Commissaires aux comptes au titre du « Plan d'Épargne Retraite Populaire »

Pour chaque « Plan d'Épargne Retraite Populaire » souscrit par l'Association, le ou les commissaires aux comptes de l'entreprise d'assurance certifient que les comptes du plan sont réguliers et sincères.

Le ou les commissaires aux comptes sont convoqués à la réunion du Comité de Surveillance du plan au cours de laquelle ce dernier délivre un avis sur les comptes annuels du plan.

À cette occasion, le ou les commissaires aux comptes portent à la connaissance du Comité de Surveillance :

- les contrôles et vérifications auxquels ils ont procédé et les différents sondages effectués ;
- les postes du bilan et des autres documents comptables auxquels des modifications leur paraissent devoir être apportées en faisant toutes observations utiles sur les méthodes d'évaluation utilisées pour l'établissement de ces documents ;
- les irrégularités et les inexactitudes qu'ils auraient découvertes ;

- les conclusions auxquelles conduisent les observations et rectifications ci-dessus sur les comptes annuels.

Article 29: Assemblée Générale des adhérents au « Plan d'Épargne Retraite Populaire » (PERP) Composition

L'Assemblée Générale des adhérents au « Plan d'Épargne Retraite Populaire » est composée des adhérents au plan.

Article 30: Pouvoirs

Chaque adhérent dispose d'une voix.

Tout adhérent peut se faire représenter par son conjoint, un descendant, un autre adhérent ou un membre du Comité de Surveillance.

Les mandataires peuvent remettre les pouvoirs qui leur ont été conférés à des membres du Comité de Surveillance. Le nombre de pouvoirs dont un même mandataire peut disposer ne peut excéder 5 % des droits de vote.

Article 31: Assemblée Générale Ordinaire des adhérents au PERP

A) Convocations, votes et quorum

L'Assemblée Ordinaire des adhérents au PERP se réunit au moins une fois par an. Elle est convoquée, au moins 30 jours avant la date de l'Assemblée, par le Président du Comité de Surveillance.

Le Comité de Surveillance 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 au plan ou 1 / 30^e des adhérents est requis sur première convocation.

Si ce quorum n'est pas atteint, une deuxième Assemblée est convoquée et délibère valablement sans aucune condition de quorum.

Le Comité de Surveillance doit présenter au vote de l'Assemblée des adhérents au PERP les projets de résolution qui lui sont communiqués par le dixième des adhérents au moins ou par cent adhérents si le dixième est supérieur à cent.

Ces projets de résolution doivent être communiqués 60 jours avant l'Assemblée.

B) Attributions et délibérations

Outre les pouvoirs décrits à l'article 15 des présents statuts, l'Assemblée Générale Ordinaire des adhérents au PERP a pour objet:

- d'approuver les comptes annuels du plan sur le rapport distinct des commissaires aux comptes de l'entreprise d'assurance, et après avis du Comité de Surveillance. À cet effet, le rapport des commissaires aux comptes et l'avis du Comité de Surveillance sont adressés au Président de l'Assemblée Générale 15 jours au moins avant la tenue de celle-ci.
- d'approuver le budget du plan établi dans les conditions prévues à l'article 27 des présents statuts;
- de procéder à l'élection et au renouvellement des membres élus du Comité de Surveillance par vote à scrutin secret et le cas échéant, d'approuver la désignation par ce Comité ou par le Conseil d'Administration de l'Association des personnalités qualifiées en qualité de membres de ce Comité. Cette Assemblée peut également révoquer à tout moment tout membre de ce Comité. Les votes sont dépouillés et les résultats de ce dépouillement sont affichés au Siège Social de l'Association dans un délai de 48 h.

La tenue de ces Assemblées laisse place à des débats et questions orales ou écrites.

Les résolutions présentées lors de l'Assemblée Ordinaire sont adoptées à la majorité simple des votes exprimés.

Article 32: Assemblée Générale Extraordinaire des adhérents au PERP

A) Convocation et votes

L'Assemblée Générale des adhérents au PERP est convoquée à titre Extraordinaire dans les mêmes conditions que celles fixées à l'article 31:

- par le Président du Comité de Surveillance;
- ou par au moins le tiers des membres de ce Comité;
- ou sur la demande de 10 % minimum des adhérents au plan.

B) Attributions et délibérations

Elle statue sur:

- les modifications essentielles à apporter sur proposition du Comité de Surveillance et après avis de l'entreprise d'assurance aux droits et obligations des adhérents au plan, notamment, les modifications relatives aux frais prévus à l'article R.144-25, la modification des modalités de revalorisation des rentes viagères et les modifications issues, le cas échéant, de la reprise des missions de l'Association par une autre association. Le rapport de résolution relatif à ces modifications en expose les raisons et leurs effets sur les droits acquis et futurs des adhérents.
- la reconduction du contrat auprès de l'entreprise d'assurance. Le rapport de résolution relatif à cette reconduction expose les motifs qui ont conduit le Comité de Surveillance à proposer cette résolution;
- le choix d'une nouvelle entreprise d'assurance. Le rapport de résolution correspondant expose les motifs qui ont conduit le Comité de Surveillance à proposer le changement de l'entreprise d'assurance, l'avis de ce dernier sur cette résolution ainsi que la procédure de sélection du nouvel organisme d'assurance gestionnaire, et les motifs qui ont conduit le Comité de Surveillance à retenir le candidat proposé;
- le plan de redressement mentionné à l'article L.143-5 du Code des assurances, en cas d'insuffisance de représentation des engagements;
- la fermeture du plan après avis de l'entreprise d'assurance. Le rapport de résolution correspondant comprend l'avis de l'entreprise d'assurance et prévoit les conditions de transfert des biens et droits enregistrés au titre dudit plan à un autre plan d'épargne retraite populaire.

Les résolutions présentées lors de l'Assemblée Générale Extraordinaire sont adoptées à la majorité des deux tiers des votes exprimés.

Titre VII – Dispositions spécifiques aux plans d'épargne retraite individuels (PERIN) souscrits par l'Association

Comité de Surveillance du Plan d'Épargne Retraite Individuel (PERIN)

Article 33: Composition du Comité de Surveillance du PERIN

Lorsque l'Association **a souscrit un unique** plan d'épargne retraite individuel, le Conseil d'Administration de l'Association peut exercer les fonctions de Comité de Surveillance, **à la condition de respecter les règles de composition du Comité de Surveillance du PERIN ci-après.**

Le Comité de Surveillance est composé, **pour plus de la moitié**, de membres ne détenant ou n'ayant détenu au cours des trois ans qui ont précédé leur désignation aucun intérêt, ni aucun mandat dans l'organisme

d'assurance signataire du PERIN, et ne recevant ou n'ayant reçu au cours de cette même période aucune rétribution de la part de ce même organisme.

Il est composé pour moitié au moins de représentants des titulaires des plans d'épargne retraite individuels souscrits par l'Association.

Le Comité de Surveillance du PERIN est présidé par un membre qui respecte les conditions d'indépendance des 3 ans visées plus avant.

Lorsque l'Association **a souscrit plusieurs** plans d'épargne retraite individuels auprès d'un même assureur, le Conseil d'Administration de l'Association peut décider, après approbation de l'Assemblée Générale de l'Association, la création d'un **Comité de Surveillance commun à l'ensemble de ces plans**. En ce cas, ce Comité de Surveillance commun compte au moins un membre représentant les titulaires de chacun des plans d'épargne retraite individuels. **Le Conseil d'Administration de l'Association peut être le Comité de Surveillance commun de ces plans, à la condition de respecter les règles de composition du Comité de Surveillance ci-avant.**

L'Assemblée Générale Ordinaire procède à l'élection des membres du Comité de Surveillance représentant les titulaires des plans d'épargne retraite individuels par vote à scrutin secret. Les votes sont dépouillés et les résultats de ce dépouillement sont affichés au siège social de l'Association dans un délai de quarante huit heures.

Les autres membres sont nommés par le Conseil d'Administration de l'Association.

- plus de la moitié au moins des membres du Comité de Surveillance ne détient ou n'a détenu **dans les trois années** précédant sa désignation, aucun intérêt ni aucun mandat dans l'organisme d'assurance gestionnaire ou dans l'une des sociétés ou l'un des organismes du même groupe, et ne reçoit ou n'a reçu au cours de la même période aucune rétribution de la part de ces mêmes organismes ou sociétés. **Parmi ces membres est désigné son Président.**

- la moitié au moins des membres du Comité de Surveillance détient un plan d'épargne retraite individuel souscrit par l'Association.
- en cas de Comité de Surveillance **commun** à plusieurs plans (cf. ci-dessus) celui-ci **compte au moins un membre représentant les titulaires de chacun des plans d'épargne retraite individuels** souscrits par l'Association.

Les fonctions de membres du Comité de Surveillance sont exercées par des personnes physiques. Nul ne peut être membre du Comité de Surveillance d'un plan d'épargne retraite individuel s'il relève de l'une des condamnations ou mesures mentionnées aux 1° à 3° de l'article L.322-2 du code des assurances.

Les membres du Comité de Surveillance sont tenus au secret professionnel à l'égard des informations présentant un caractère confidentiel.

La durée des mandats de membre et de Président du Comité de Surveillance ne peut excéder six ans, le cas échéant renouvelable. Une personne physique ne peut exercer simultanément plus de cinq mandats de membres de Comité de Surveillance d'un plan d'épargne retraite individuel, dont deux au plus en qualité de Président.

En cas de vacance par décès, démission ou révocation, d'un ou plusieurs membres du Comité de Surveillance, il est procédé par le Comité à des nominations à titre provisoire jusqu'à la prochaine Assemblée des titulaires des plans.

Les membres ainsi désignés ne demeurent en fonction que pendant le temps qui restait à courir pour le mandat de leur prédécesseur.

Tout membre du Comité de Surveillance peut être révoqué par l'Assemblée Générale Ordinaire à tout moment.

Article 34: Réunions du Comité de Surveillance du PERIN

Le **Conseil d'Administration exerçant les fonctions de Comité de Surveillance ou le Comité de Surveillance est réuni au moins une fois par an, sur convocation de son Président ou** d'au moins le tiers de ses membres. L'ordre du jour de la réunion est fixé par l'auteur de la convocation. Il est tenu un procès verbal et un registre de présence des réunions du Comité.

Article 35: Rôle du Comité de Surveillance

Le Comité de Surveillance du plan d'épargne retraite individuel est chargé de veiller à la bonne exécution du plan et à la représentation des intérêts des titulaires.

Il est informé au moins une fois par semestre par l'entreprise d'assurance, de la gestion du plan.

Le Comité de Surveillance a en outre la faculté de :

- demander à tout moment aux commissaires aux comptes et à l'entreprise d'assurance tout renseignement sur la situation financière et l'équilibre actuariel de la comptabilité auxiliaire d'affectation, les commissaires aux comptes étant alors déliés, à son égard, de l'obligation de secret professionnel;
- diligenter les expertises nécessaires à sa mission et mandater le cas échéant un expert indépendant pour effectuer tout contrôle sur pièces et sur place de la gestion administrative, technique et financière du plan;
- consulter la liste des titulaires du plan;
- examiner l'opportunité, à son échéance, de reconduire le plan auprès de l'organisme d'assurance ou de le mettre en concurrence;
- proposer à l'Assemblée Générale Extraordinaire de changer le gestionnaire du plan après mise en concurrence.

Article 36: Rapport annuel de l'entreprise d'assurance

L'entreprise d'assurance remet au Comité de Surveillance, dans les six mois qui suivent la clôture de l'exercice précédent, un rapport annuel sur l'équilibre actuariel et la gestion administrative, technique et financière du plan.

Elle informe chaque année le Comité de Surveillance, du montant de la participation aux bénéfices techniques et financiers et le consulte sur les modalités de sa répartition entre les titulaires du plan.

Le rapport annuel mentionné à l'article L.224-37 du Code monétaire et financier rend compte notamment :

- a) des nouvelles adhésions au plan, ainsi que des flux de cotisations et de prestations versées au cours de l'exercice;
- b) des réclamations des titulaires du plan et de tout autre litige ou procédure engagée par l'entreprise d'assurance concernant la gestion du plan;
- c) de tout changement intervenu au cours de l'exercice écoulé concernant la gestion administrative du plan;
- d) des frais de toute nature prélevés sur le plan;
- e) des plus ou moins-values latentes, du résultat financier et du résultat technique du plan, ainsi que de la répartition des résultats techniques et financiers entre les titulaires;
- f) pour chaque support d'investissement proposé dans le cadre du plan, de la composition, par grandes classes d'actifs, du portefeuille du support et de toute modification, intervenue au cours de l'exercice, des orientations et des instruments de sa gestion financière;

- g) de l'utilisation, par l'entreprise d'assurance ou par ses éventuels mandataires, des droits de vote attachés aux actifs détenus en représentation des engagements relatifs au plan
- h) du taux de revalorisation des droits et du taux de rendement des actifs placés en représentation des engagements, si les engagements du plan ouvert sous la forme d'un contrat d'assurance vie, sont exprimés en unités de rente.

Article 37: Assemblée Générale des titulaires du Plan d'Épargne Retraite Individuel (PERIN) – Composition

Elle est composée des titulaires de plan d'épargne retraite individuel.

Article 38: Pouvoirs

Chaque titulaire dispose d'une voix.

Tout titulaire peut se faire représenter par son conjoint, un descendant, un autre titulaire ou un membre du Comité de Surveillance.

Les mandataires peuvent remettre les pouvoirs qui leur ont été conférés à des membres du Comité de Surveillance. Le nombre de pouvoirs dont un même mandataire peut disposer ne peut excéder 5 % des droits de vote.

Article 39: Assemblée Générale Ordinaire

A) Convocation, votes et quorum

L'Assemblée Générale Ordinaire des titulaires de plan d'épargne retraite individuel se réunit au moins une fois par an. Elle est convoquée, au moins 30 jours avant la date de l'Assemblée, par le Président du Comité de Surveillance.

Le Comité de Surveillance peut décider que les titulaires 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 au plan ou 1/30^e des titulaires est requis sur première convocation.

Si ce quorum n'est pas atteint, une deuxième Assemblée est convoquée et délibère valablement sans aucune condition de quorum.

Le Comité de Surveillance doit présenter au vote de l'Assemblée des titulaires de PERIN les projets de résolution qui lui sont communiqués par le dixième des adhérents au moins ou par cent adhérents si le dixième est supérieur à cent.

Ces projets de résolution doivent être communiqués 60 jours avant l'Assemblée.

B) Attributions et délibérations

Outre les attributions définies à l'article 15 des présents statuts, l'Assemblée Générale Ordinaire des titulaires de plan d'épargne retraite individuel:

- procède à l'élection et au renouvellement des membres élus du Comité de Surveillance par vote à scrutin secret et le cas échéant, approuve la désignation par ce Comité ou par le Conseil d'Administration de l'Association des personnalités qualifiées en qualité de membres de ce Comité. Cette Assemblée peut également révoquer à tout moment tout membre de ce Comité. Les votes sont dépouillés et les résultats de ce dépouillement sont affichés au Siège Social de l'Association dans un délai de 48 h.

La tenue de ces Assemblées laisse place à des débats et questions orales ou écrites.

Les résolutions présentées lors de l'Assemblée Ordinaire sont adoptées à la majorité simple des votes exprimés.

Article 40: Assemblée Générale Extraordinaire

A) Convocation et votes

L'Assemblée Générale des titulaires du plan est convoquée à titre Extraordinaire dans les mêmes conditions que celles fixées à l'article 39 des statuts:

- par le Président du Comité de Surveillance;
- ou par au moins le tiers des membres de ce Comité;
- ou sur la demande de 10 % minimum des adhérents au plan.

B) Attributions et délibérations

Cette Assemblée Générale Extraordinaire statue sur:

- la reconduction du contrat souscrit auprès de l'entreprise d'assurance;
- le choix d'un nouveau gestionnaire;
- la fermeture du plan après avis de l'assureur.

Les résolutions présentées lors de l'Assemblée Générale Extraordinaire sont adoptées à la majorité des deux tiers des votes exprimés.

Titre VIII – Déclaration, changements, modifications et dissolution de l'Association

Article 41: Déclaration – Changements – Modifications

Le Conseil d'Administration remplit les formalités de déclaration et de publication prescrites par la loi du 1^{er} juillet 1901 et par le décret du 16 août suivant, ainsi que par tout texte pris en application des articles 107, 108 et 111 de la loi n° 2003-775 du 21 août 2003 portant réforme des retraites. À cet effet, tous pouvoirs sont conférés au Président du Conseil d'Administration ou au mandataire désigné par lui.

Le Président, ou son mandataire, fait connaître dans les trois mois, à la Préfecture du département ou à la sous-Préfecture de l'arrondissement où l'Association a son siège social, tous les changements survenus dans l'Administration ou la direction de l'Association, ainsi que toutes les modifications apportées à ses statuts.

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

Le Président ou son mandataire transmet, dans un délai de 6 mois après la conclusion d'un premier plan d'épargne retraite populaire à l'Autorité de contrôle prudentiel en vue de son inscription sur le registre tenu par celle-ci: un exemplaire des statuts de l'Association et de son règlement intérieur, l'adresse de son siège social et une copie de la publication au journal officiel, de la date de création de l'Association.

Toute conclusion d'un nouveau plan d'Épargne Retraite Populaire (PERP) et toute fermeture de plan est portée à la connaissance de cette autorité dans un délai de trente jours.

Le Président transmet à l'entreprise d'assurance le numéro d'enregistrement qui lui a été attribué par l'Autorité de contrôle prudentiel dès réception.

Toute modification affectant les présents statuts est transmise à l'Autorité de contrôle prudentiel dans le délai de trente jours qui suit l'approbation par l'Assemblée Générale Extraordinaire des modifications statutaires.

Article 42: Règlement intérieur

Un règlement intérieur est établi par le Conseil d'Administration. Il précise les statuts notamment en ce qui concerne l'administration de l'Association. Il peut être modifié par le Conseil d'Administration.

Article 43: Dissolution

La dissolution de l'Association ou sa cessation d'activité en qualité de groupement d'épargne retraite populaire au titre d'un plan souscrit par l'Association est prononcée par l'Assemblée Générale de l'Association convoquée à titre Extraordinaire. La résolution relative à cette dissolution ou à cette cessation d'activité prévoit les conditions dans lesquelles les missions de l'Association au titre de chaque plan sont reprises par une autre Association ayant la qualité de groupement d'épargne retraite populaire, et les conditions dans lesquelles les actifs et les passifs correspondants lui sont transférés.

La dissolution de l'Association ou sa cessation d'activité en qualité de groupement d'épargne retraite populaire doit être portée à la connaissance de l'Autorité de contrôle prudentiel dans un délai de 30 jours, à compter de la date de l'Assemblée Générale Extraordinaire qui aura approuvé la dite dissolution de l'Association ou sa cessation d'activité en qualité de GERP.

La cessation d'activité de l'Association en qualité de groupement d'épargne retraite populaire au titre d'un plan souscrit par l'Association peut également être prononcée par le juge du tribunal de grande instance saisi par l'organisme d'assurance gestionnaire du plan, par le Président de son Comité de Surveillance, ou, à défaut, par au moins cent participants du plan lorsqu'ils constatent que l'Association n'assure pas les missions qui lui sont confiées en qualité de groupement d'épargne retraite populaire. La reprise des activités de l'Association au titre de ce plan par une autre Association ayant la qualité de groupement d'épargne retraite populaire est organisée par l'organisme d'assurance gestionnaire du plan dans les conditions prévues à l'alinéa précédent.

En cas de dissolution de l'Association, l'Assemblée Générale Extraordinaire nomme un ou plusieurs liquidateurs et l'actif est dévolu conformément à l'article 9 de la loi du 1^{er} juillet 1901 et à son décret d'application du 16 août 1901.



groupama.fr

Caisse Régionale d'Assurances Mutuelles Agricoles

Entreprise régie par le Code des assurances et par l'article L. 771-1 du nouveau Code rural.
Entreprise soumise à l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) – 4 place
de Budapest – CS 92459 – 75436 Paris Cedex 09.

Groupama participe à la protection de l'environnement en sélectionnant un imprimeur
référéncé « Imprim'Vert » ainsi que des papiers issus de forêts gérées durablement.

Studio PAO G2S – Photo : © Shutterstock.

RÉF. 3350-82154-032026

