

Chère Cliente, Cher Client,

Nous sommes très honorés de la confiance que vous nous témoignez en choisissant notre contrat Complémentaire Frais de Soins.

Assureur Santé de longue date, tout notre savoir-faire et notre expérience seront mis à votre service pour vous permettre de bénéficier de votre contrat dans les meilleures conditions.

Votre contrat se compose des documents suivants :

Les Conditions Générales

Elles définissent la nature et l'étendue des garanties et des services. Elles rappellent les dispositions du Code des Assurances qui régissent le fonctionnement du contrat, et en particulier nos obligations respectives. Elles précisent également les modalités d'obtention des prestations et l'utilisation des services dont vous pouvez bénéficier.

Les Conditions Particulières

Revêtues de votre signature et de la nôtre, ces Conditions sont dites Particulières car elles personnalisent votre contrat. Elles comportent notamment l'indication des noms du Souscripteur et des personnes assurées par le contrat, de la formule de garantie que vous avez souscrite et des services associés. Ce document est établi sur la base des renseignements que vous avez fournis au moment de la souscription.

Les annexes

Elles détaillent les garanties prévues, en fonction de la formule souscrite. Les références des annexes qui s'appliquent à votre contrat sont précisées sur vos Conditions Particulières.

* * *

Afin que votre contrat vous protège au mieux, il doit à tout moment être adapté à votre situation. N'oubliez pas d'informer votre Conseiller lorsque par exemple vous changez d'adresse, lorsque votre famille s'agrandit... bref, lorsqu'une modification est apportée à l'un des éléments déclarés aux Conditions Particulières. Votre Conseiller adaptera alors votre contrat et sera en mesure de vous apporter toutes les informations relatives à cette nouvelle situation.

Préambule

Dans les présentes Conditions Générales :

- "Souscripteur" désigne la personne signataire du contrat, agissant tant pour elle-même que pour votre compte. Lors de l'établissement d'une proposition d'assurance ou d'un devis, le Souscripteur est désigné par le terme "le Proposant".
- "Vous" désigne toute personne nominativement indiquée aux Conditions Particulières, assurée et bénéficiaire des garanties précisées sur ces Conditions Particulières.
- "Nous" désigne la Société AVIVA ASSURANCES, entreprise régie par le Code des Assurances, société anonyme au capital social de 163 932 160 euros, dont le siège est sis 13 rue du Moulin Bailly – 92271 Bois-Colombes Cedex, immatriculée au RCS de Nanterre sous le n° 306 522 665, titulaire de la marque AMIS.
- "Partie" ou "Parties" désigne le Souscripteur ou la Société d'Assurance ou les deux.
- "le Code" désigne le Code des Assurances.

La loi applicable aux relations pré-contractuelles et contractuelles est la loi française.
La langue française sera toujours utilisée pendant la durée du contrat.

Sommaire

I – LEXIQUE.....	4
II – L'OBJET DU CONTRAT	8
III – LA GARANTIE COMPLEMENTAIRE FRAIS DE SOINS.....	9
A - L'OBJET DE LA GARANTIE	9
1 - Les prestations	9
2 - L'entrée en vigueur de la garantie Complémentaire Frais de Soins.....	10
3 - La notion de risque aggravé pour les contrats souscrits avec un questionnaire médical ...	10
4 - Les pays dans lesquels la garantie s'applique	10
5 - Ce qui n'est pas garanti par le contrat Complémentaire Frais de Soins.....	11
6 - Limitations de garantie	11
B - LE DETAIL DES SERVICES : TIERS PAYANT, ACCORDS DE TRANSMISSION DES DONNEES AVEC VOTRE REGIME OBLIGATOIRE, CONSULTATION EN LIGNE DE VOS REMBOURSEMENTS	12
1 - Le tiers payant.....	12
2 - Les accords de transmission des données avec les Caisses de Régime Obligatoire	13
3 - La consultation en ligne de vos remboursements.....	13
C - L'OBTENTION DES PRESTATIONS	14
1 - Les pièces nécessaires au versement des prestations.....	14
2 - Le cas des assureurs multiples.....	15
3 - Les renseignements complémentaires.....	15
4 - Les expertises médicales.....	15
IV – LE PACK OPTIQUE ET DENTAIRE.....	16
A - LES PRESTATIONS DU PACK « OPTIQUE ET DENTAIRE »	16
B - LES PIECES NECESSAIRES AU VERSEMENT DES PRESTATIONS	16
C - LA CESSATION DES PRESTATIONS DU PACK	16
V – LE PACK ASSISTANCE HOSPITALIERE.....	17
A - L'OBJET DU PACK « ASSISTANCE HOSPITALIERE »	17
B - L'ENTREE EN VIGUEUR DES GARANTIES – LES DELAIS DE CARENCE.....	17
C - LES PIECES NECESSAIRES AU VERSEMENT DES PRESTATIONS	17
D - CE QUI N'EST PAS COUVERT PAR LE PACK "ASSISTANCE HOSPITALIERE"	18
E - LA CESSATION DE LA GARANTIE ET DU VERSEMENT DES INDEMNITES	18
VI – LA VIE DU CONTRAT	19
A - L'ADHESION AU CONTRAT - LA DECLARATION DU RISQUE.....	19
B - LA FORMATION ET LA DUREE DU CONTRAT	20
C - LA RESILIATION DU CONTRAT	20
D - LA SUSPENSION DE LA GARANTIE ET DES SERVICES PENDANT LES PERIODES MILITAIRES ET LE VOLONTARIAT POUR L'INSERTION	21
E - LE PAIEMENT DES COTISATIONS.....	21
F - LA VARIATION DES COTISATIONS ET DES GARANTIES	21
G - LA REVISION DU TARIF.....	22
H - LA SUBROGATION	22
I - LA PRESCRIPTION.....	22
VII – DISPOSITIONS GENERALES	23
A – LA SOUSCRIPTION DU CONTRAT EN CAS DE DEMARCHAGE A DOMICILE	23
B - LE DROIT DE COMMUNICATION ET DE RECTIFICATION.....	23
C - L'EXAMEN DES RECLAMATIONS.....	24
D - LE CONTROLE DES ASSURANCES.....	24
E - L'IMMATRICULATION DES INTERMEDIAIRES EN ASSURANCE	24

I – Lexique

Accident

Toute atteinte corporelle, non intentionnelle de votre part, provenant de l'action soudaine d'une cause extérieure.

Maladie

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

Les hernies, ruptures ou déchirures musculaires ou tendineuses, lumbagos, "tours de reins", synovites, rhumatismes, gelures, insulations et autres effets de la température sont considérés comme maladie.

Hospitalisation

Tout séjour dans un établissement de soins public ou privé dès lors que ce séjour a pour objet la mise en observation, le traitement médical ou chirurgical d'une maladie ou de lésions résultant d'un accident.

L'hospitalisation à domicile et l'hospitalisation de jour sont assimilées aux soins médicaux courants.

Traitement

Ensemble des actes médicaux, chirurgicaux ou paramédicaux visant à soigner une maladie ou les conséquences d'un accident.

Soins médicaux courants

Les frais exposés pour maladie ou accident qui n'entrent pas dans le cadre d'une hospitalisation et donnent lieu à remboursement par le Régime Obligatoire.

Régime Obligatoire

Régime légal de Prévoyance Sociale auquel vous êtes obligatoirement affilié et qui est précisé aux Conditions Particulières.

- vous êtes salarié : le Régime Général de la Sécurité Sociale ou le Régime des Assurances Sociales Agricoles,
- vous êtes travailleur non salarié : le Régime de l'Assurance Maladie des Travailleurs Non Salariés des professions non agricoles (artisans, commerçants, professions libérales),
- vous êtes exploitant agricole : le Régime d'Assurance Maladie des Exploitants Agricoles (AMEXA).

Base de remboursement

Tarif servant de base au remboursement par le Régime Obligatoire des honoraires et des soins dispensés par l'ensemble des professionnels de la santé.

Tarif de Convention

Tarif servant de base au remboursement des honoraires et des soins dispensés par l'ensemble des professionnels de la santé ayant adhéré aux Conventions Nationales.

Tarif de Responsabilité

Tarif arrêté par les Pouvoirs Publics et qui s'applique au remboursement des séjours hospitaliers et à certains autres actes.

Tarif d'Autorité

Tarif servant de base au remboursement des honoraires et des soins dispensés par des praticiens non conventionnés.

Ticket Modérateur

La part des frais de soins restant à votre charge après intervention de votre Régime Obligatoire, calculée sur la base de remboursement du Régime Obligatoire et dans le cadre du parcours de soins. Ce ticket Modérateur varie selon la nature des frais engagés. Il peut comprendre une franchise en cas « d'acte lourd » (acte dont le montant est de 91 euros ou plus au 1^{er} janvier 2008).

Nomenclature générale des actes professionnels (NGAP)

Norme établie par le Régime Obligatoire, exprimant les actes médicaux sous forme de « lettre-clé ».

Classification commune des actes médicaux (CCAM)

Nouvelle norme de classification des actes techniques médicaux qui se substituera progressivement à la NGAP.

Remboursements, prestations

Nos remboursements dépendent de plusieurs éléments :

- la lettre-clé qui exprime la nature de l'acte médical et qui est parfois accompagnée d'un coefficient indiquant la valeur de l'acte lorsque l'acte médical se réfère à la nomenclature générale des actes professionnels,
- le code de regroupement de l'acte technique en cas de référence à la classification commune des actes médicaux. L'acte est identifié par un code tarifant et un tarif en euros.
- le tarif servant de base de remboursement,
- la catégorie de médecin,
- le taux de participation du Régime Obligatoire, ce taux variant dans le cadre du parcours de soins et hors parcours de soins,
- les frais réellement engagés,
- la formule de garantie "Complémentaire Frais de Soins" souscrite.

Catégories de médecins

Les praticiens conventionnés ont adhéré aux conventions nationales conclues entre leur profession et les régimes obligatoires d'assurance maladie.

Ils peuvent être :

- Médecin conventionné en secteur 1 : il s'est engagé à pratiquer les honoraires fixés par la convention dont il dépend et qui correspondent à la base de remboursement du Régime Obligatoire.
- Médecin conventionné en secteur 1 avec dépassements permanents (DP) : en raison de ses titres, il a reçu l'autorisation de pratiquer un dépassement de tarif dans certaines conditions. Hors parcours de soins, ces dépassements d'honoraires ne sont pas remboursés par le Régime Obligatoire.
- Médecin conventionné en secteur 2 : il est autorisé à pratiquer des honoraires libres qu'il doit fixer avec « tact et mesure ». Les dépassements d'honoraires ne sont pas remboursés par le Régime Obligatoire.

Les praticiens non conventionnés ont choisi de se dégager personnellement de la convention passée entre les régimes obligatoires d'assurance maladie et leur profession. Les actes sont remboursés sur la base du tarif d'autorité.

Parcours de soins

Le patient, s'il est âgé de plus de seize ans, doit consulter son médecin traitant en première intention pour tout acte médical, exception faite pour l'ophtalmologie, la pédiatrie, la gynécologie, le dentaire et hors cas exceptionnel (éloignement, urgence, absence de votre médecin...).

Le médecin traitant pourra, si besoin, orienter son patient vers un spécialiste ou un généraliste, appelé médecin correspondant.

Médecin Traitant

C'est le médecin que vous avez déclaré à votre caisse d'assurance maladie et qui assure la coordination de vos soins. Il peut vous orienter vers d'autres professionnels de santé.

Médecin Correspondant

C'est le médecin vers qui votre médecin traitant vous oriente, s'il le juge nécessaire. Le plus souvent, ce médecin est un spécialiste. Avec votre accord, il transmet à votre médecin traitant toutes les informations utiles à la bonne coordination de vos soins.

Option de coordination

Cette option est ouverte aux généralistes et aux spécialistes. Ceux-ci, en secteur 1 ou en secteur 2, s'engagent à pratiquer des tarifs opposables et des dépassements d'honoraires plafonnés, pour les patients adressés par un médecin traitant, dans le cadre du parcours de soins.

Accès direct autorisé

Certains médecins peuvent être consultés directement, sans conséquence financière sur les remboursements du Régime Obligatoire. Au 1^{er} janvier 2008, il s'agit des gynécologues et des ophtalmologues.

Hors parcours de soins

Vous êtes hors parcours de soins coordonnés si, âgé de seize ans et plus, vous n'avez pas déclaré de médecin traitant ou si vous consultez directement un médecin sans avoir vu au préalable votre médecin traitant.

Vous êtes moins bien remboursé sauf cas d'urgence, éloignement, absence de votre médecin, accès direct autorisé,...

Participation forfaitaire

Participation déduite automatiquement de vos remboursements par le Régime Obligatoire, si vous avez plus de dix-huit ans. D'un montant de 1 euro au 1^{er} janvier 2008, elle concerne les consultations de généralistes, de spécialistes, les actes de biologie et de radiologie.

Franchises médicales

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 a instauré des franchises laissées à la charge de l'assuré social par le Régime Obligatoire pour chacune des prestations suivantes :

- les médicaments achetés en pharmacie de ville ou en pharmacie hospitalière, à l'exception de ceux délivrés au cours d'une hospitalisation (franchise de 0,50 € / boîte au 01/01/2008),
- les actes effectués par un auxiliaire médical soit en ville, soit dans un établissement ou un centre de santé, à l'exclusion des actes pratiqués au cours d'une hospitalisation (franchise de 0,50 € / acte au 01/01/2008),
- les transports effectués en véhicule sanitaire terrestre ou en taxi, à l'exception des transports d'urgence (franchise de 2 € / transport au 01/01/2008).

Les franchises sont dues par les assurés sociaux âgés de 18 ans et plus, dans le cadre d'un plafond annuel unique de 50 € au 01/01/2008, absorbant la totalité des trois franchises médicales.

Les franchises ne s'appliquent pas dans le cadre de l'assurance maternité.

Ces franchises interviennent en plus de la participation forfaitaire.

Contrat responsable

Contrat complémentaire frais de soins répondant aux dispositions du décret 2005-1226 modifié, c'est à dire :

- remboursant au minimum aux taux indiqués par le décret, les consultations du médecin traitant et des médecins correspondants, les médicaments remboursés à 65% par le Régime Obligatoire, les frais d'analyses et de laboratoire prescrits par le médecin traitant ou les médecins correspondants,
- prenant en charge le ticket modérateur de deux prestations de prévention considérées comme prioritaires au regard d'objectifs de santé publique et dont la liste a été fixée par arrêté ministériel du 8 juin 2006,
- ne pouvant jamais rembourser la participation forfaitaire et les franchises médicales,
- ne pouvant prendre en charge, lorsque le patient est en dehors du parcours de soins :
 - le ticket modérateur majoré,
 - la franchise sur les dépassements d'honoraires des médecins pour des actes cliniques ou techniques. Cette franchise correspond au montant du dépassement autorisé facturable sur l'acte fourni par un spécialiste de secteur 1.

Année d'assurance

La période de 12 mois consécutifs décomptés à partir de la date d'effet du contrat ou de sa date anniversaire.

Avenant au contrat

Modification du contrat et document (nouvelles Conditions Particulières) matérialisant cette modification au contrat d'origine.

Cas fortuit - Cas de force majeure

Cas fortuit : circonstance provoquée uniquement par le hasard et par conséquent imprévue.

Cas de force majeure : événement qu'on ne peut empêcher, auquel on ne peut résister, et dont on n'est pas responsable.

Déchéance

Perte de tout droit à indemnisation, à la suite de votre inexécution de vos obligations après survenance de l'événement, lorsque vous ne justifiez pas avoir été mis dans l'impossibilité d'agir par suite d'un cas de force majeure.

Echéance

Date de paiement de la cotisation ou d'une fraction de cotisation.

Echéance principale

Echéance à laquelle intervient la variation du montant des cotisations. La date correspondante figure sous ce nom aux Conditions Particulières.

Délai de carence

Période pendant laquelle la garantie ne s'applique pas.

Le délai de carence démarre, pour chaque assuré, au jour de son adhésion.

Franchise (de la garantie "Assistance Hospitalière")

Durée d'hospitalisation pendant laquelle aucune indemnité n'est versée.

La franchise est toujours déduite ; si la durée de l'hospitalisation est inférieure ou égale à la franchise, la garantie ne s'applique pas. Si elle est supérieure à la franchise, l'indemnité est versée pour la durée de l'hospitalisation, sous déduction de cette franchise.

II – L'objet du contrat

Garantie de base

Ce contrat comporte une garantie Complémentaire Frais de Soins et des Services dépendant de la formule que vous avez choisie et de votre Régime Obligatoire d'assurance maladie. La formule de garantie et les services associés sont précisés aux Conditions Particulières.

Une annexe jointe aux présentes Conditions Générales détaille les prestations de chacune des options.

Vous pouvez bénéficier :

- d'un service d'assistance aux personnes,
- de services de Tiers-payant (auprès de pharmacies, laboratoires, cabinets radiologiques, opticiens,...),
- d'un accord de télétransmission de vos décomptes, selon votre Caisse de Régime Obligatoire, permettant un traitement plus rapide de vos prestations.

Packs Optique et Dentaire

Vous pouvez renforcer vos remboursements optiques et dentaires en souscrivant un de nos packs optionnels qui complètera votre garantie de base.

La souscription de ce pack vous permet également de bénéficier de la garantie "Bien-être" qui prévoit le remboursement de certains frais, non-pris en charge par le Régime Obligatoire, dans la limite du plafond annuel du pack choisi.

Pack Assistance Hospitalière

En souscrivant ce pack, vous bénéficiez, en plus, du versement d'indemnités forfaitaires en cas d'hospitalisation pour maladie ou accident.

III – La garantie Complémentaire Frais de Soins

A - L'objet de la garantie

Cette garantie « Complémentaire Frais de soins », accordée à toutes les personnes nominativement désignées aux conditions Particulières vous permet d'obtenir le remboursement de vos frais d'ordre médical et chirurgical exposés à la suite d'une maladie, d'un accident ou d'une maternité en complément des prestations versées par votre Régime Obligatoire d'assurance maladie.

Elle est accordée à titre viager dès la prise d'effet de l'adhésion, sauf en cas de non-paiement de la cotisation, d'inexactitude dans la déclaration du risque, de falsification de pièces dans le but d'obtenir des prestations indues.

En application de la loi du 13 août 2004 et de ses décrets d'application, le présent contrat est qualifié de « responsable ». Il répond donc au cahier des charges du contrat responsable quant aux garanties et au montant des remboursements.

La définition du « contrat responsable » est indiquée dans le Titre I « Lexique ».

Le niveau de garanties détaillé à l'annexe jointe s'entend toujours **dans le cadre du « parcours de soins »**.

1 - Les prestations

Les prestations que nous vous versons dépendent de la formule que vous avez retenue.

Nos remboursements sont exprimés en pourcentage de la Base de Remboursement du Régime Obligatoire en vigueur au moment des soins, sous déduction des remboursements de votre Régime Obligatoire. **Nos remboursements sont toujours subordonnés à son intervention préalable.**

Dans tous les cas, les règlements cumulés de votre Régime Obligatoire et de votre contrat Complémentaire Frais de Soins ne peuvent dépasser les frais réellement engagés.

a- L'optique

Dans certaines formules, les remboursements d'optique (verres, montures, lentilles) sont effectués sous forme d'un "forfait optique".

Le montant du "forfait optique" est un maximum par an et par personne assurée. Si notre règlement ne consomme qu'une partie du forfait lors d'un premier acte, le reste de ce forfait sera disponible pour un prochain acte "optique" effectué dans la même année pour un même Assuré.

b- Les autres forfaits

Des forfaits peuvent être versés, en plus des remboursements de frais de soins, selon la formule choisie :

- Lorsqu'un forfait « maternité et adoption » ou un forfait « cure thermale » est prévu, il ne peut être versé qu'une fois par an et par Assuré,
- Lorsqu'un forfait « frais d'obsèques » est prévu, il est versé lorsque la personne assurée décède avant l'âge de 70 ans.

c- Les bonus

Afin de récompenser votre fidélité, vous disposez de « bonus » de remboursements pour le forfait optique et sur l'indemnisation des prothèses dentaires et de l'orthopédie dento-faciale. Ces bonus sont précisés sur l'annexe, en fonction de la formule de garanties.

2 - L'entrée en vigueur de la garantie Complémentaire Frais de Soins

◆ Contrats souscrits sans questionnaire médical

Les garanties s'exercent :

- pour les soins consécutifs à un accident, une maladie, une infirmité lorsqu'ils sont effectués après la prise d'effet de l'adhésion au contrat,
- pour les hospitalisations pour maladie ou accident si la date d'entrée dans l'établissement hospitalier est postérieure à la date de prise d'effet de l'adhésion.

En cas de maternité, les prestations sont dues pour les grossesses dont l'origine est postérieure à la date de prise d'effet de l'adhésion de l'Assurée au contrat.

◆ Contrats souscrits avec questionnaire médical

Les garanties s'exercent pour :

- les accidents survenus après la prise d'effet de l'adhésion au contrat,
- les infirmités et maladies dont les manifestations initiales sont postérieures à la date de prise d'effet de l'adhésion,
- les soins dentaires et les prothèses dentaires dont l'origine du besoin a été constatée médicalement postérieurement à la date de prise d'effet de l'adhésion.

En cas de maternité, les prestations sont dues pour les grossesses dont l'origine est postérieure à la date de prise d'effet de l'adhésion de l'Assurée au contrat.

Les accidents et maladies, déclarés au questionnaire médical lors de la demande d'adhésion et dont les suites et conséquences ne seront pas prises en charge sont précisés aux Conditions Particulières.

En cas de fausse déclaration ou d'omission d'un accident ou d'une maladie antérieure sur le questionnaire médical, la nullité du contrat pourra être prononcée et par conséquent, aucune prestation ne sera versée.

Cas des nouveau-nés :

En ce qui concerne les enfants, la garantie est acquise dès sa naissance pour un nouveau-né dont vous demandez l'adhésion dans les 60 jours qui suivent sa naissance et à condition qu'au jour de celle-ci, ses parents soient adhérents depuis au moins trois mois sur la formule de garantie.

A défaut, la garantie sera acquise à la date d'adhésion précisée aux Conditions Particulières.

Si l'option choisie nécessite un questionnaire médical préalable à la souscription, celui-ci devra être complété pour tout enfant pour lequel vous demanderez l'adhésion plus de 60 jours après sa naissance.

◆ Remarque :

Si vous choisissez en cours de contrat une formule supérieure à la formule en cours, les prothèses dentaires seront remboursées pendant les 6 mois suivant le changement de formule sur la base des garanties précédentes.

3 - La notion de risque aggravé pour les contrats souscrits avec un questionnaire médical

Si vous avez été traité antérieurement à votre adhésion pour un accident, une infirmité ou une maladie, vous devez nous le signaler dans le questionnaire médical. Vous pouvez être garanti pour les suites ou conséquences de ces états après décision de notre Médecin Conseil, ces affections étant considérées comme un "risque aggravé" entraînant éventuellement le paiement d'une cotisation supplémentaire. Celle-ci pourra dans certains cas être réduite ou supprimée ultérieurement. Cette disposition s'applique également aux séquelles d'interventions chirurgicales.

4 - Les pays dans lesquels la garantie s'applique

Les frais engagés dans le **Monde Entier** sont pris en charge.

Toutefois, le versement des prestations est toujours subordonné au remboursement préalable de votre Régime Obligatoire d'assurance maladie français.

Nos remboursements seront systématiquement effectués en FRANCE et en monnaie légale française.

Lorsque vous devez vous rendre à l'étranger pour un séjour d'une durée supérieure à deux mois continus, vous devez nous en aviser. Nous pourrions maintenir les garanties mais, dans certains cas, moyennant cotisation supplémentaire.

5 - Ce qui n'est pas garanti par le contrat Complémentaire Frais de Soins

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

- a) - les risques de guerre civile ou étrangère,
 - la participation active à une insurrection, une émeute, un mouvement populaire, un acte de terrorisme ou de sabotage, une grève,
- b) - les conséquences directes ou indirectes de la désintégration du noyau atomique ou de tout phénomène de radioactivité,
- c) - la participation à une rixe (sauf cas de légitime défense ou d'assistance à personne en danger), la mutilation volontaire, le suicide ou la tentative de suicide,
- d) - les conséquences de l'éthylisme aiguë ou chronique de la personne assurée, l'usage de stupéfiants ou de tranquillisants non prescrits médicalement,
- e) - les accidents ou maladies résultant :
 - de la pratique d'un sport à titre professionnel,
 - de la pratique à titre de sportif amateur d'un aéronef (en tant que conducteur ou passager), du delta-plane, du vol libre, d'un ultra léger motorisé (ULM) ou du parapente,
 - de la participation en tant que concurrent à des courses, matchs, compétitions avec usage de véhicules quelconques ou d'embarcations à moteur,
- f) - pour les contrats souscrits avec un questionnaire médical, les suites et conséquences d'accident survenu avant la prise d'effet du contrat et des maladies dont les manifestations initiales sont antérieures à la date d'entrée en vigueur de la garantie et qui sont mentionnées aux Conditions Particulières,
- g) - les frais de voyage et d'hébergement en cas de cure thermale, les frais de séjour climatique à la campagne, à la mer, à la montagne et en colonie sanitaire (sauf en Sanatorium ou en Préventorium),
 - les cures d'amaigrissement, de rajeunissement, de désintoxication et de thalassothérapie,
- h) - les traitements à visée esthétique, à l'exception de ceux consécutifs à un accident garanti ;
 - les traitements psychanalytiques,
 - les interventions chirurgicales à visée reconstructrice, esthétique ou plastique à l'exception de celles consécutives à un accident garanti, les interventions comportant une réduction de la masse grasseuse, ainsi que les interventions pour rhinoplastie et septoplastie nasale. Restent néanmoins garanties les rhinoplasties justifiées par un traumatisme nasal survenu pendant la période de garantie,
 - les interventions chirurgicales pour hypertrophie ou hypotrophie mammaires, ainsi que les interventions comportant une lipectomie, une liposuction, une lipoaspiration, une liposculpture, une plastie abdominale,
- i) - les séjours en centres, services ou établissements dits de longs séjours, de gérontologie, de gériatrie,
 - les séjours psychopédagogiques, pédagogiques, à visée diététique ou de rééducation alimentaire,
- j) - les différentes étapes de la Procréation Médicalement Assistée (PMA),

6 - Limitations de garantie

- Le remboursement du forfait journalier et de la chambre particulière est limité à 90 jours par an pour les séjours en service ou établissement psychiatrique.

- En cas d'hospitalisation à l'étranger, le remboursement du séjour et des honoraires sera basé sur le remboursement prévu pour une hospitalisation en France dans un établissement non conventionné. Nous prendrons toutefois en charge la chambre particulière lorsqu'elle est prévue dans la formule souscrite mais celle-ci sera limitée à 50% du montant maximum fixé pour une hospitalisation en France dans un établissement conventionné.

B - Le détail des services : tiers payant, accords de transmission des données avec votre Régime Obligatoire, consultation en ligne de vos remboursements

1 - Le tiers payant

Selon votre formule de garanties, vous pouvez bénéficier de ce service s'il est mentionné aux Conditions Particulières de votre contrat pour les personnes assurées.

a- Les prestations pour lesquelles nous vous proposons le tiers payant

- Pharmacie

Vous pouvez obtenir des Pharmaciens adhérents à la Fédération des Syndicats Pharmaceutiques de FRANCE et à la Convention SANTE-PHARMA, la délivrance de produits et fournitures pharmaceutiques prescrits par votre Praticien, en ne déboursant que les sommes restant normalement à votre charge après intervention de votre Régime Obligatoire et de votre contrat "Complémentaire Frais de Soins",

- Biologie

Vous pouvez obtenir des laboratoires d'analyses médicales ayant signé une convention la délivrance de prestations d'analyses médicales prescrites par votre Praticien en ne déboursant que les sommes restant normalement à votre charge après intervention de votre Régime Obligatoire et de votre contrat,

- Radiologie

Le principe est identique pour les actes de radiologie effectués dans un Cabinet de radiologie avec lequel nous avons signé une convention,

- Soins externes

Le principe est identique pour les soins externes (consultations, soins, analyses,...) réalisés en milieu hospitalier ou auprès d'un centre de santé disposant d'un accord avec notre société.

Nous remboursons à ces professionnels de santé, dans la limite de notre engagement, le montant des prestations qu'ils vous ont avancé.

b- L'attestation de tiers payant

La mise en place du tiers payant ne pourra être effective que sous réserve de vérification par le professionnel de santé de la validité de deux documents que vous devrez obligatoirement lui présenter :

- la carte d'Assuré Social (carte Vitale) sur laquelle figurent les bénéficiaires du tiers payant,
- l'attestation de tiers payant en cours de validité délivrée par notre Société et désignant les bénéficiaires.

◆ La délivrance de l'attestation de tiers payant

L'attestation comporte des renseignements relatifs à notre Société, au numéro de contrat, à votre Régime Obligatoire. Elle précise les noms, prénoms, et dates de naissance des bénéficiaires du tiers payant et la période de validité du service. Elle indique les services de tiers payant dont vous pouvez bénéficier dans votre département, auprès des professionnels signataires d'une convention.

A chaque échéance prévue au contrat, une attestation de tiers payant vous sera transmise pour la période correspondante. La validité de cette attestation est subordonnée au paiement de la cotisation.

◆ L'utilisation et le retrait de l'attestation de tiers payant

En cas de résiliation, de suspension ou de nullité du contrat, l'attestation en cours doit nous être restituée immédiatement.

De même, en cas de changement dans la situation familiale, de changement de domicile, en présence d'une modification de garantie ou en cas de changement de caisse d'affiliation au Régime Obligatoire, vous nous retournerez ce document. Nous vous en fournirons un nouveau dûment modifié.

Toute utilisation de l'attestation de tiers payant, alors que le droit aux prestations n'est plus acquis en conformité avec les dispositions de votre contrat, peut faire l'objet de poursuites à votre encontre pour remboursement des prestations induites réglées.

La prise d'effet du service de Tiers Payant intervient dès que vous êtes en possession de l'attestation en cours de validité.

La cessation de la garantie Complémentaire Frais de Soins entraîne la cessation du service.

De plus, le Tiers Payant peut prendre fin :

- sur votre demande, après renvoi de l'attestation,
- en cas de non-respect des règles d'utilisation de l'attestation,
- en cas de résiliation d'une des conventions de délégation de paiement qui nous lient aux professionnels de santé concernés,
- en cas de disposition législative ou réglementaire qui supprimerait la délégation de paiement du Régime Obligatoire ou modifierait l'ampleur de notre engagement.

2 - Les accords de transmission des données avec les Caisses de Régime Obligatoire

Lorsque vous êtes affilié à un Régime Obligatoire d'Assurance Maladie avec lequel nous avons passé un accord, il nous transmet directement les données figurant sur vos décomptes lorsque vous avez demandé ce service. Nous vous remboursons la part complémentaire selon la formule souscrite, sans que vous ayez à nous adresser vos décomptes "papier".

Des conventions sont signées avec :

- les Caisses Primaires d'Assurance Maladie du Régime Général de la Sécurité Sociale (CPAM),
- la Réunion des Assureurs Maladie pour les travailleurs non-salariés non agricoles (RAM),
- le Groupement des Assureurs Maladie des Exploitants Agricoles (GAMEX) pour le régime AMEXA,
- certaines caisses de la Mutualité sociale agricole (MSA) pour le régime AMEXA,
- la caisse de retraite et de prévoyance des clercs et employés de notaire (CRPCEN),
- certaines caisses étudiantes.

Il vous est possible de vous opposer à tout moment à la mise en place de cette dématérialisation des données en nous adressant un courrier nous demandant de supprimer ce dispositif sur votre contrat.

3 - La consultation en ligne de vos remboursements

Vous pouvez suivre vos remboursements santé en ligne sur notre site internet :

www.assurance-sante-amis.com

Pour accéder à ce service, vous devez posséder une adresse e-mail sur laquelle votre mot de passe vous sera envoyé sur simple demande de votre part.

Votre identifiant est votre numéro de contrat "Complémentaire Frais de Soins", numéro que vous trouverez sur toutes nos correspondances.

Vous pouvez également vous abonner gratuitement à notre service d'alerte e-mail et recevoir directement sur votre boîte aux lettres électronique un message d'information dès qu'un nouveau remboursement est consultable sur notre site.

C - L'obtention des prestations

1 - Les pièces nécessaires au versement des prestations

Toutes les pièces concernant une maladie ou un accident doivent nous être remises 3 mois au plus tard après la fin du traitement.

Vous nous adresserez :

- les décomptes originaux de prestations établis par votre Régime Obligatoire si vous ne bénéficiez pas du service de transmission des données ;
- en cas d'hospitalisation, la facture de l'établissement hospitalier, si vous avez réglé le séjour hospitalier. Toutefois, une prise en charge hospitalière peut vous être fournie, sur votre demande **(a)** ;
- les notes d'honoraires acquittées lorsque les médecins ont pratiqué des dépassements d'honoraires ;
- en cas de frais d'optique, la facture détaillée établie par l'opticien (ou une photocopie de cette facture) avec le décompte de votre Régime Obligatoire. Une prise en charge optique peut être adressée à votre opticien, sur demande **(b)**.

D'autre part, si la formule choisie le prévoit, vous nous transmettez :

- pour le **forfait "maternité ou adoption"** : une photocopie du livret de famille sur lequel est inscrit l'enfant. Ce forfait est versé si la mère est elle-même assurée.
 - En cas de maternité, l'origine de la grossesse doit être postérieure à l'adhésion de la mère. Pour naissances multiples, une prime de maternité unique est réglée.
 - En cas d'adoption, le forfait est versé si la mère est assurée depuis au moins un an à la date de l'adoption et sur justificatif de l'adoption.
- pour le **forfait "cure thermale"** : les décomptes relatifs à la cure thermale détaillant le forfait du Centre de cure. La nature de l'affection nécessitant la cure doit être précisée à notre Médecin Conseil.
- pour le **forfait "frais d'obsèques"** : un certificat médical précisant la cause du décès à transmettre à notre Médecin Conseil et une photocopie de la carte nationale d'identité ou du livret de famille de la personne décédée. Le forfait est versé au membre de la famille (conjoint, concubin, parent, enfant) qui a engagé les frais funéraires et sur justificatifs du paiement. A défaut, le forfait est versé à la succession.
- pour le remboursement du **ticket modérateur des prestations de prévention** considérées comme prioritaires au regard d'objectifs de santé publique (article R871-2-II du code de la Sécurité Sociale) : les factures et notes d'honoraires acquittées précisant que l'acte entre dans le cadre de la prévention.

Nous vous rappelons que les prothèses dentaires, prothèses auditives, lunettes et tout acte médical ne sont indemnisés que si votre Régime Obligatoire est intervenu, sauf disposition spécifique à l'annexe descriptive des prestations.

Nous conservons l'ensemble des documents que vous nous transmettez, sauf demande de restitution de votre part.

Tous les documents que vous nous adressez seront utilement accompagnés :

- du numéro de votre contrat, à inscrire au dos des pièces ;
- en cas d'accident, du certificat de constatation des blessures, des circonstances et des coordonnées du tiers responsable.

(a) L'accord de Prise en Charge Hospitalière

Afin d'éviter de faire l'avance des frais hospitaliers, vous pouvez demander la délivrance d'un accord de prise en charge en nous interrogeant par téléphone, télécopie ou courrier.

Cet accord de prise en charge devra être demandé le plus tôt possible, dès que vous avez connaissance de l'hospitalisation.

Lorsque nous délivrons un accord de prise en charge, celui-ci porte sur :

- le remboursement du Ticket Modérateur concernant le séjour dans l'établissement hospitalier et les honoraires médicaux et chirurgicaux,
- le remboursement du Forfait Journalier,
- éventuellement, le remboursement de la Chambre Particulière, dans les limites contractuelles.

Les dépassements d'honoraires ne bénéficiant pas du tiers-payant, ils ne peuvent figurer sur l'accord de prise en charge. Ces demandes de remboursement seront traitées sur présentation des factures acquittées.

Les dépenses personnelles (téléphone, télévision,...) ne sont pas remboursées et restent à votre charge.

(b) L'accord de Prise en Charge Optique

En choisissant l'un de nos opticiens partenaires, vous pouvez éviter de faire l'avance des frais optiques garantis. Votre opticien peut demander la délivrance d'un accord de prise en charge en nous interrogeant par téléphone, télécopie ou courrier. Le montant de notre accord sera limité à la garantie de votre contrat.

Nous sommes également à votre disposition pour vous indiquer le montant de votre remboursement en fonction de devis que vous voudrez nous adresser.

2 - Le cas des assureurs multiples

Les remboursements ou les indemnités des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent dépasser le montant des frais restant à votre charge après remboursements de toute nature auxquels vous avez droit.

Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leur effet dans la limite de chaque garantie quelle que soit sa date de souscription. Dans cette limite, vous pouvez obtenir l'indemnité en vous adressant à l'organisme de votre choix.

3 - Les renseignements complémentaires

Nous pourrions éventuellement vous demander des renseignements complémentaires sur la maladie ou l'accident traités et notamment sur l'époque à laquelle a eu lieu la première constatation médicale.

Les renseignements concernant votre état de santé pourront être directement adressés à notre Médecin Conseil qui en prendra seul connaissance et ne transmettra au service intéressé que les éléments nécessaires à l'application du contrat.

L'emploi ou la production intentionnelle de renseignements ou de documents inexacts ou falsifiés, concernant par exemple : l'origine ou la nature d'une maladie, la date de survenance d'un accident, l'identité de la personne soignée, la date des soins... dans le but d'obtenir des prestations indues, entraîne la perte de tout droit à indemnités, pour la maladie ou l'accident en cause. De plus, nous pourrions radier l'Assuré du contrat et cette radiation prendra effet dix jours après la notification que nous vous ferons par lettre recommandée. Nous pourrions également résilier le contrat.

4 - Les expertises médicales

Les Médecins délégués par nous doivent pouvoir, sous peine de déchéance de la garantie, avoir libre accès auprès de l'Assuré malade ou blessé pour procéder à une expertise médicale. Nous devons donc être informés de tout changement de résidence.

Au cas où sans motif valable vous refuseriez de vous soumettre au contrôle de notre Médecin, vous seriez déchu de tout droit aux indemnités si vous mainteniez ce refus après réception d'une lettre recommandée vous avisant d'un contrôle médical.

En cas de contestation d'ordre médical, le différend sera soumis à un Médecin-Arbitre choisi d'un commun accord et ayant pour mission de nous départager. Un protocole d'arbitrage dont la rédaction est à notre charge vous sera remis au préalable. Les frais et le règlement des honoraires du Médecin-Arbitre seront réglés pour moitié par chacune des parties.

Vous avez la possibilité de vous faire assister lors de cet examen par le Médecin de votre choix.

A défaut d'entente sur le choix du Médecin-Arbitre, celui-ci sera désigné par le Tribunal de Grande Instance de votre domicile.

Les paragraphes "Les renseignements complémentaires" et "Les expertises médicales" s'appliquent également aux packs éventuellement souscrits.

IV – Le Pack Optique et Dentaire

Si vous avez souscrit ce pack en plus de votre garantie Complémentaire Frais de Soins, et que vos Conditions Particulières en portent la mention, vous bénéficiez de la garantie décrite dans ce Titre.

Le pack souscrit s'applique à l'ensemble des Assurés au contrat.

A - Les prestations du pack «Optique et Dentaire »

Dans la limite des frais réellement engagés, la souscription du pack optionnel vous permet de :

- renforcer vos remboursements optiques et dentaires en complétant votre garantie de base,
- bénéficier de la garantie "Bien-être" qui prévoit le remboursement de vaccins, de l'homéopathie, d'actes d'ostéopathes et de chiropracteurs, d'un bilan diététique, non-pris en charge par votre Régime Obligatoire, dans les limites correspondant au pack souscrit.

Les prestations du pack sont indiquées sur l'annexe descriptive des garanties jointe à ces Conditions Générales.

B - Les pièces nécessaires au versement des prestations

Vous nous transmettez pour tous les actes ou prestations non pris en charge par votre Régime Obligatoire, la facture acquittée comportant au dos le numéro de votre contrat.

Nous conservons l'ensemble des documents que vous nous adressez, sauf demande de restitution de votre part.

C - La cessation des prestations du pack

Le bénéfice des prestations complémentaires prévues par le pack "Optique et Dentaire", cesse à la résiliation du contrat de base.

Le pack peut par ailleurs être résilié sur demande du Souscripteur à effet de la date anniversaire de sa prise d'effet.

V – Le Pack Assistance Hospitalière

Si vous avez souscrit ce pack en plus de votre garantie Complémentaire Frais de Soins, et que vos Conditions Particulières en portent la mention, vous bénéficiez de la garantie décrite dans ce Titre.

Le pack souscrit s'applique à l'ensemble des assurés au contrat.

Lors de l'adhésion, les assurés doivent être âgés de moins de 60 ans.

A - L'objet du pack « Assistance Hospitalière »

Nous vous garantissons le versement d'une allocation quotidienne, dont le montant est précisé aux Conditions Particulières, en cas d'hospitalisation médicale ou chirurgicale consécutive à une maladie ou à un accident.

Cette allocation est versée sous déduction d'une franchise de 3 jours.

Toutes pathologies confondues, la garantie de ce pack n'excédera pas 365 jours d'indemnisation.

Le séjour hospitalier, d'une nuitée minimum, doit donner lieu à l'établissement d'une facture de frais de séjour ou à un certificat d'hospitalisation.

Les "hospitalisations de jour ou à domicile" ne sont pas garanties.

Les consultations externes en établissements hospitaliers publics ou privés ne rentrent pas dans le cadre des séjours hospitaliers.

B - L'entrée en vigueur des garanties – Les délais de carence

La garantie s'exerce pour les hospitalisations dont la date d'entrée dans l'établissement hospitalier est postérieure à la date d'entrée en vigueur de la garantie.

La garantie est acquise dès la prise d'effet de l'adhésion en cas d'hospitalisation consécutive à un accident.

Les hospitalisations pour maladie ou infirmité sont garanties après l'expiration d'un **délai de carence de trois mois** dont le point de départ est la date d'adhésion à ce pack.

Cette disposition s'applique également pour toute nouvelle adhésion.

C - Les pièces nécessaires au versement des prestations

Dans les cinq jours ouvrés, à partir du moment où vous ou vos ayants droit avez eu connaissance de l'hospitalisation vous devez, sauf cas fortuit ou de force majeure, nous en aviser par écrit. A défaut, la déchéance vous sera opposée, si ce retard dans la déclaration nous a causé un préjudice.

Tous les documents relatifs à votre hospitalisation nous seront remis dans le mois qui suit la fin du séjour hospitalier.

Lorsque vous êtes hospitalisé, une pièce justificative de votre hospitalisation précisant les dates d'entrée et de sortie prévisible doit nous être transmise.

Au cas où le séjour hospitalier durerait plus de trois mois, vous nous en informerez pour nous permettre d'exercer notre contrôle médical. Les certificats de prolongation de séjour devront nous être remis chaque mois.

Votre déclaration d'hospitalisation devra indiquer :

- le numéro de votre contrat,
- vos nom, prénom et domicile,
- la nature de la maladie ou de l'accident entraînant l'hospitalisation,
- le lieu de l'hospitalisation,
- les circonstances et le lieu de l'accident, ses causes et conséquences probables, le nom du tiers responsable.

Des informations complémentaires pourront vous être demandées.

D - Ce qui n'est pas couvert par le pack "Assistance Hospitalière"

En complément des exclusions prévues pour la garantie "Complémentaire Frais de Soins", ne sont pas garantis :

- les séjours en centres, services ou établissements de convalescence, de repos, de soins de suite et de réadaptation,
- les grossesses, fausses couches et accouchements. L'allocation quotidienne n'est donc jamais versée pour la maternité.

E - La cessation de la garantie et du versement des indemnités

Le bénéficiaire du pack "Assistance Hospitalière" cesse dès la résiliation du contrat de base.

Le pack peut, par ailleurs, être résilié sur demande du Souscripteur à effet de la date anniversaire de sa prise d'effet.

Indépendamment des cas de résiliation, le Pack "Assistance Hospitalière" expire dès que l'un d'entre vous atteint l'âge de **70 ans**. A cette date, le droit à garantie et le versement de l'allocation quotidienne cessent de plein droit pour tous les Assurés au contrat.

VI – La vie du contrat

A - L'adhésion au contrat - La déclaration du risque

La garantie "Complémentaire Frais de Soins" doit couvrir l'intégralité des membres de la famille ayant le même Régime Obligatoire. **La même formule doit être souscrite par chacun d'entre vous.**

Si un pack a été souscrit, toutes les personnes assurées au titre de la garantie Complémentaire Frais de Soins disposent de la garantie de ce pack.

Avant la conclusion du contrat, le Proposant a été informé des prix et des garanties et a reçu un extrait des Conditions Générales ou les Conditions Générales elles-mêmes régissant le contrat et valant « notice d'information ».

Pour les contrats souscrits avec un questionnaire médical, l'acceptation à l'assurance par notre société dépend des réponses faites au questionnaire médical. Ce document doit être intégralement rempli par le Proposant pour l'ensemble des personnes à assurer. En cas de demande de remplacement d'un contrat souscrit sans questionnaire médical par une formule nécessitant un questionnaire médical, celui-ci doit obligatoirement être rempli avant décision d'accorder la nouvelle garantie.

De même, pour les contrats souscrits avec un questionnaire médical, nous pouvons vous demander des renseignements complémentaires avant acceptation de votre adhésion ou de votre changement de formule. Tous les renseignements d'ordre médical peuvent, si vous le souhaitez, être adressés sous pli confidentiel à notre médecin-conseil.

En cours de contrat, vous nous informerez par lettre recommandée dans les 15 jours à partir du moment où vous en avez connaissance, des circonstances nouvelles qui ont pour conséquence soit d'aggraver les risques, soit d'en créer de nouveaux et de ce fait rendent inexacts ou caduques les réponses faites à la proposition d'assurance, à l'exception des déclarations relatives à l'état de santé.

Ces circonstances nouvelles portent particulièrement sur :

- votre changement de domicile. A défaut, toute communication qui vous sera adressée par lettre recommandée au dernier domicile connu sera suivie d'effet dans les délais normaux.

De plus, le tarif étant fonction du domicile du Souscripteur (sa résidence principale), le défaut d'information de ce changement de résidence principale est considéré comme une aggravation des circonstances du risque.

- un changement de profession ou de vos activités professionnelles entraînant un changement de votre Régime Obligatoire.
- la souscription d'autres contrats de même nature couvrant tout ou partie des mêmes risques.

Lorsque la modification constitue une aggravation des circonstances (sauf en matière d'état de santé), nous vous proposons une nouvelle cotisation. Si le Souscripteur ne donne pas suite à notre proposition ou refuse le nouveau montant dans les 30 jours, nous pourrions résilier le contrat au terme de ce délai.

Lorsque la modification atténue la gravité des circonstances, vous pourrez demander une diminution du montant de la cotisation (sauf si cette modification est liée à votre état de santé). A défaut d'accord de notre part, vous pourrez résilier le contrat, la résiliation prenant effet 30 jours après.

Toute réticence, fausse déclaration intentionnelle, omission ou inexactitude dans la déclaration, à la souscription ou en cours de contrat, des circonstances ou des aggravations définies ci-dessus est sanctionnée, même si elle a été sans influence sur le sinistre, dans les conditions prévues par les articles L 113-8 et L 113-9 du Code des assurances.

B - La formation et la durée du contrat

Le contrat est parfait dès qu'il y a accord entre les parties.

Il produit ses effets à compter de la date fixée aux Conditions Particulières.

Il est souscrit pour un an, avec tacite reconduction d'année en année, sauf résiliation demandée par lettre recommandée envoyée par le Souscripteur **trois mois au moins avant la date anniversaire de sa prise d'effet** (cachet de la poste faisant foi).

C - La résiliation du contrat

En dehors de la date normale de résiliation, le contrat peut être résilié :

- **Par le Souscripteur :**

- en cas de diminution des circonstances de la garantie, si nous refusons de réduire la cotisation en conséquence (L 113-4),
- lorsque nous résilions un autre de ses contrats après sinistre (R 113-10),
- en cas de révision du tarif,
- au cas où l'un de vous cesserait de bénéficier d'un régime maladie obligatoire français. La résiliation est alors limitée à cette personne,
- dans un délai de 20 jours à compter de la date d'envoi de l'avis d'échéance principale (conformément à l'article L 113-15-1).

- **Par nous :**

- en cas de non-paiement des cotisations (L 113-3),
- en cas d'aggravation des circonstances de la garantie si vous n'acceptez pas le nouveau tarif (L 113-4),
- en cas d'omission ou d'inexactitude dans la déclaration à l'adhésion ou en cours de contrat (L 113-9),
- en cas de déclarations sciemment fausses ou de falsifications de pièces faites dans le but d'obtenir des prestations indues. Dans ce cas, la résiliation prend effet dix jours après la notification qui vous est adressée par lettre recommandée.

- **Par chacune des parties :**

- si le contrat a été souscrit au profit d'un enfant mineur seul assuré, lorsque celui-ci atteint sa majorité.

- **De plein droit :**

- en cas de retrait total de notre agrément (R 326-1),
- en cas de décès du Souscripteur.

La résiliation doit toujours être faite par lettre recommandée.

Lorsque la résiliation du contrat a lieu entre deux échéances, la portion de cotisation correspondant à la période postérieure à la résiliation vous est remboursée si elle a été perçue d'avance (sauf en cas de non-paiement des cotisations, déclarations sciemment fausses ou falsifications de pièces).

Conséquences de la résiliation ou de l'expiration du contrat sur le droit aux prestations

Complémentaire Frais de Soins et pack « Optique et Dentaire » :

Les prestations sont dues, pour les soins et traitements en cours, jusqu'à la prise d'effet de la résiliation, lorsque le contrat vient à expiration ou est résilié soit par le Souscripteur, soit par nous.

Pack « Assistance Hospitalière » :

Les prestations sont dues, pour l'hospitalisation en cours, jusqu'à la prise d'effet de la résiliation, lorsque le contrat vient à expiration ou est résilié soit par le Souscripteur, soit par nous.

Lorsque la résiliation émane du Souscripteur, la garantie est prorogée à compter de la date de résiliation pour toute maladie ou infirmité entraînant une hospitalisation pendant une durée égale au délai de carence éventuellement appliquée à cette affection lors de la prise d'effet du contrat.

D - La suspension de la garantie et des services pendant les périodes militaires et le volontariat pour l'insertion

Hormis le cas de non-paiement des cotisations, les effets de votre contrat ne peuvent être suspendus qu'en cas de périodes militaires d'une durée supérieure à 30 jours ou lorsque vous êtes « volontaire pour l'insertion » en application du code du service national (art. L130-4).

Le paiement de la cotisation, des prestations et des services est alors interrompu en ce qui concerne l'assuré. La portion de cotisation non absorbée, pour la période comprise entre la date de suspension et la date de la prochaine échéance, sera imputée sur celle due lors de la remise en vigueur du contrat.

E - Le paiement des cotisations

Les cotisations sont payables d'avance. Elles sont annuelles, mais à la demande du Souscripteur, leur paiement pourra être fractionné. **Toutefois, en cas de non-paiement d'une fraction de cotisation à son échéance, la cotisation restante de l'année d'assurance en cours deviendra immédiatement exigible.**

A défaut de paiement d'une cotisation (ou d'une fraction de cotisation) dans les 10 jours de son échéance et indépendamment de notre droit de poursuivre l'exécution du contrat en justice, nous pouvons adresser au Souscripteur, à son dernier domicile connu (même dans le cas où la cotisation serait payable par une autre personne), une lettre recommandée valant mise en demeure.

La garantie est suspendue 30 jours après l'envoi de cette lettre.

Nous avons le droit de résilier le contrat 10 jours après l'expiration du délai de 30 jours visé ci-dessus, par notification faite au Souscripteur, soit par la lettre recommandée de mise en demeure, soit par une nouvelle lettre recommandée.

En cas de suspension de la garantie pour non-paiement de la cotisation ou lorsque des prestations vous sont dues, vous n'êtes pas dispensé de l'obligation de payer les cotisations échues.

Conséquences de la suspension du contrat pour non-paiement des cotisations sur le droit aux prestations

La suspension des garanties et des services pour non-paiement de la cotisation entraîne pour chacun d'entre vous la perte définitive de tout droit aux prestations se rapportant à des accidents survenus ou à des maladies constatées médicalement pendant la période de suspension.

F - La variation des cotisations et des garanties

La cotisation de la Complémentaire Frais de Soins

En début d'assurance, la cotisation correspondant à la formule choisie est fixée en fonction de votre âge à la prise d'effet de l'adhésion et du lieu du domicile du Souscripteur, le domicile étant considéré comme la résidence principale du Souscripteur.

En cours d'assurance, la cotisation varie, pour chacun d'entre vous, d'un pourcentage par âge, à chaque échéance principale du contrat suivant votre anniversaire.

La cotisation peut varier en cas de changement de domicile du Souscripteur, dès la prochaine échéance principale suivant cette modification, lorsqu'il y a changement de zone géographique tarifaire.

Les cotisations évoluent également à chaque échéance principale du contrat en fonction de la moyenne arithmétique des taux d'accroissement annuels de la consommation médicale totale publiés dans le rapport annuel des Comptes Nationaux de la Santé. Cette moyenne est calculée sur la base de l'accroissement des deux dernières années recensées dans ce rapport.

Il est convenu que si les bases techniques de détermination de ce taux d'accroissement venaient à être profondément modifiées, un arbitre serait désigné aux fins de définir un nouvel indice de variation des cotisations pour l'avenir.

D'autre part, si les prestations allouées par votre Régime Obligatoire viennent à être modifiées, nous pourrions revoir la cotisation en conséquence à partir de l'échéance qui suit immédiatement cette modification.

Les cotisations des packs

Les cotisations des packs sont fixées en tenant compte de l'âge de l'Assuré :

- moins de 18 ans,
- 18 ans et plus.

En conséquence, la cotisation varie à l'échéance principale qui suit le 18^{ème} anniversaire de l'enfant.

Les garanties

Les garanties exprimées en euro (forfaits, chambre particulière, allocation quotidienne,...) ne font pas l'objet de variation de leur montant en cours de contrat.

G - La révision du tarif

Une évolution des résultats techniques constatée sur une ou plusieurs formules ou sur un pack peuvent nous amener à changer les conditions tarifaires.

Il est entendu que nous ne pourrions notifier au Souscripteur une modification individuelle de la cotisation. En effet, toute modification ne peut intervenir que sur une même catégorie de risques ou de contrats.

Dans cette hypothèse de majoration de la cotisation, vous pourrez résilier le contrat dans les trente jours suivant la date à laquelle vous aurez eu connaissance de cette modification, la résiliation intervenant un mois après sa notification. Le Souscripteur nous versera la portion de cotisation calculée sur la base du tarif précédent, au prorata du temps écoulé entre la date du dernier appel de cotisation et la date d'effet de la résiliation.

H - La subrogation

Vous conservez votre droit de recours contre le tiers responsable d'un accident, mais nous pouvons obtenir le remboursement des frais médicaux, pharmaceutiques, chirurgicaux et d'hospitalisation payés auprès du responsable de l'accident (art. L 121-12 du Code).

Par ailleurs, vous prenez l'engagement d'informer notre Société de toutes procédures pénales ou civiles dont vous aurez connaissance contre le responsable d'un accident dont vous avez été victime.

I - La prescription

Conformément aux articles L 114-1 et L 114-2 du Code, toute action dérivant du présent contrat est prescrite deux ans après l'événement qui lui a donné naissance.

La prescription est la date, la période au-delà de laquelle aucune réclamation n'est plus recevable.

Elle peut être interrompue par une lettre recommandée avec accusé de réception, une action en justice, un commandement, une saisie, une désignation d'expert.

VII – Dispositions générales

A – La souscription du contrat en cas de démarchage à domicile

Si votre contrat a été souscrit dans le cadre de démarchage à domicile, vous disposez d'un droit de renonciation de 14 jours, en application de l'article L 112-9-1 du Code des Assurances qui stipule :

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

Pour exercer ce droit de renonciation, il suffit au Souscripteur d'adresser une lettre recommandée avec avis de réception demandant la renonciation au contrat, à :

AVIVA Assurances - AMIS
Centre Santé de Production
13 rue du Moulin Bailly
92271 Bois-Colombes Cedex.

Le courrier de renonciation doit être rédigé comme suit :

"Je soussigné,, demande à renoncer à la souscription du contrat Complémentaire Frais de Soins, faite le auprès d'AVIVA Assurances. En conséquence, le contrat sera résilié à compter de la date de réception de la présente lettre recommandée et AVIVA Assurances me remboursera le solde de la cotisation déjà versée dans les 30 jours suivant la résiliation".

Dès lors qu'il a connaissance d'un sinistre mettant en jeu la garantie du contrat, le Souscripteur ne peut plus exercer ce droit de renonciation.

B - Le droit de communication et de rectification

Vous avez fourni des informations nominatives pour permettre la gestion et l'exécution de votre contrat. L'absence de fourniture de certaines d'entre elles pourrait empêcher la bonne réalisation du traitement considéré.

Conformément à la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et de suppression de toute information vous concernant qui figurerait sur tout fichier à l'usage d'AVIVA, de ses mandataires, de ses réassureurs ou des organismes professionnels. Vous pouvez exercer ce droit en vous adressant au Service Relations Clients dont les coordonnées figurent ci-dessous.

Par ailleurs, et sauf opposition de votre part à cette même adresse, nous nous réservons la possibilité de transmettre à des partenaires commerciaux tout ou partie des informations vous concernant.

C - L'examen des réclamations

En cas de difficultés, consultez d'abord votre Interlocuteur habituel.

Si la réponse ne vous satisfaisait pas, vous pourriez adresser votre réclamation à :

AVIVA ASSURANCES - AMIS
Service Relations Clients
13 rue du Moulin Bailly
92271 BOIS-COLOMBES Cedex
Tél. 01 76 62 77 97
Fax. 01 76 62 85 20
e-mail : ocli_serv@aviva.fr

Si votre désaccord persistait, après la réponse donnée par notre Société, vous pourriez demander l'avis du Médiateur de la Fédération Française des Sociétés d'Assurances. Ses coordonnées vous seraient communiquées sur simple demande à l'adresse ci-dessus.

D - Le contrôle des assurances

L'autorité administrative chargée du contrôle des assurances est :

L'Autorité de Contrôle des Assurances et des Mutuelles (ACAM)
61 rue Taitbout
75436 PARIS Cedex 09

E - L'immatriculation des intermédiaires en Assurance

L'organisme chargé de recenser les personnes physiques ou morales autorisées à exercer l'activité d'intermédiation en assurance est :

L'Organisme pour le Registre des Intermédiaires en Assurance (ORIAS)
1 rue Jules Lefebvre
75431 PARIS Cedex 09
www.orias.fr