

ATOUT SANTÉ / PRÉVOYANCE PRO

NOTICE D'INFORMATION N° 0030343/0030345

Solidaire

SOMMAIRE

PRÉAMBULE	5
GLOSSAIRE	6
TITRE I – DISPOSITIONS GÉNÉRALES	9
1.1 - OBJET DU CONTRAT	9
1.2 - PRISE D’EFFET, DURÉE, RENOUELEMENT ET RÉSILIATION DU CONTRAT	9
1.3 - RÉFÉRENCES LÉGALES	9
1.4 - CONTRAT SOLIDAIRE	10
1.5 - AJUSTEMENT DU CONTRAT	12
1.6 - CONDITIONS ET FORMALITÉS D’ADHÉSION AU CONTRAT	12
1.7 - MODIFICATION DE L’ADHÉSION	12
1.8 - EFFET, DURÉE ET RENOUELEMENT DE L’ADHÉSION ET DES GARANTIES	13
1.9 - RENONCIATION	14
1.10 - BÉNÉFICIAIRES DES GARANTIES SANTÉ	14
1.11 - OBLIGATIONS DES PARTIES	14
1.12 - DISPOSITIONS DIVERSES	15
TITRE II - COTISATION	17
2.1 - ASSIETTE ET MONTANT DE LA COTISATION	17
2.2 - INDEXATION	18
2.3 - MODALITÉS DE PAIEMENT	18
2.4 - DÉFAUT DE PAIEMENT	18
TITRE III – GARANTIES FRAIS MÉDICAUX ET CHIRURGICAUX	18
3.1 - OBJET DE LA GARANTIE	18
3.2 - PRESTATIONS	19
3.3 - RÈGLEMENT DES PRESTATIONS	19
TITRE IV - GARANTIES DÉCÈS ACCIDENTEL DE L’ASSURÉ	20
4.1 - OBJET DE LA GARANTIE	20
4.2 - PRESTATIONS	20
4.3 - MODALITÉS DE REVALORISATION DE LA PRESTATION	20
4.4 - DÉSIGNATION DES BÉNÉFICIAIRES DE LA GARANTIE	20
4.5 - EXCLUSIONS DE LA GARANTIE DÉCÈS ACCIDENTEL	22
4.6 - CESSATION DE LA GARANTIE	23
4.7 - PIÈCES A FOURNIR	23

PRÉAMBULE

Les garanties accordées au titre du présent contrat sont assurées sous les numéros de convention suivants:

- **0030343**, Atout Santé Pro solidaire
- **0030345**, Atout Prévoyance Pro solidaire

GLOSSAIRE

Dans le présent contrat les termes suivants sont utilisés :

Sauf disposition spécifique prévue à la garantie, les définitions ci-après s'entendent au jour de l'évènement considéré :

L'assureur	QUATREM - SA au capital de 510 426 261 euros - entreprise régie par le Code des assurances 21 rue Laffitte - 75009 Paris - 412 367 724 RCS Paris - Société du groupe Malakoff Humanis.
Le souscripteur	L'association LAFPAC (Lafayette Promotion Pour l'Assurance Collective) qui a conclu le contrat d'assurance avec l'assureur. Cette association est une association de la loi de 1901 dont le siège est situé 21 rue Laffitte, 75009 Paris.
L'adhérent	La personne physique, travailleur non salarié non agricole, membre de l'association LAFPAC , répondant aux conditions d'adhésion objet de l'article 1.6.1 (Conditions d'adhésion au contrat), adhérant au contrat.
L'assuré	L'adhérent admis à l'assurance sur qui repose le risque assuré.
Le conjoint	L'époux ou l'épouse de l'assuré non séparé de corps judiciairement.
Le partenaire	La personne liée à l'assuré par un Pacte Civil de Solidarité (PACS : contrat conclu par deux personnes physiques majeures pour organiser leur vie commune au sens de l'article 515-1 du Code civil).
Le concubin	La personne vivant en concubinage avec l'assuré sous réserve que l'assuré et son concubin : - soient libres de tout lien matrimonial c'est-à-dire célibataires, veufs ou divorcés, - n'aient pas conclu de PACS. Le concubinage est une union de fait caractérisée par une vie commune présentant un caractère de stabilité et de continuité entre deux personnes physiques majeures qui vivent en couple.
Les enfants à charge	Sont considérés comme enfants à charge : ceux de l'assuré, de son conjoint, à défaut, de son partenaire de PACS ou de son concubin tels que définis précédemment, sous réserve qu'ils remplissent les conditions cumulatives suivantes : - qu'ils soient âgés de moins de 21 ans, - bénéficiant d'un régime de Sécurité sociale (du fait de son affiliation, de celle de son conjoint ou d'une affiliation personnelle), - fiscalement à sa charge, c'est-à-dire pris en compte pour l'application du quotient familial ou qui perçoivent une pension alimentaire que l'assuré déduit fiscalement de son revenu global. Cette limite d'âge est portée à 28 ans pour ses enfants qui remplissent l'une des conditions suivantes : - s'ils poursuivent leurs études et ne disposent pas de ressources propres provenant d'une activité salariée, sauf emplois occasionnels ou saisonniers durant les études ou emplois rémunérés mensuellement moins de 65 % du SMIC ; - s'ils suivent une formation en alternance ou se trouvent sous contrat d'apprentissage ; - s'ils sont inscrits à Pôle emploi comme primo demandeur d'emploi ou effectuent un stage préalablement à l'exercice d'un premier emploi rémunéré. La limite d'âge est supprimée pour ses enfants qui bénéficient d'une allocation prévue par la législation sociale en faveur des handicapés ou qui sont titulaires de la carte mobilité inclusion portant la mention « invalidité » prévue par l'article L.241-3 du Code de l'action sociale et des familles, sous réserve que l'invalidité ait été reconnue avant leur 21 ^e anniversaire ou leur 28 ^e anniversaire s'ils poursuivaient des études. ET - qu'ils soient fiscalement à charge de l'assuré, c'est-à-dire pris en compte pour l'application du quotient familial ou qu'ils perçoivent une pension alimentaire que l'assuré déduit fiscalement de son revenu global.

Accident	Toute atteinte à l'intégrité physique, non intentionnelle et provenant de l'action, soudaine et imprévisible d'une cause extérieure à l'assuré.
Hospitalisation	Admission de l'assuré dans un établissement de santé (hôpital ou clinique) afin d'y subir une intervention chirurgicale ou un traitement médical.
Maladie	Désigne toute altération de la santé constatée par une autorité médicale compétente.
Maternité	Etat de la femme lui permettant de bénéficier des prestations de l'assurance maternité.
Régime obligatoire – RO	Le régime d'assurance maladie des travailleurs non-salariés non agricoles. Le cas échéant, le régime général d'assurance maladie des travailleurs salariés dont relève le conjoint ou le partenaire ou le concubin ou les enfants à charge.
Plafond Annuel de la Sécurité sociale	Salaires de référence fixés annuellement par arrêté publié au journal officiel qui sert au calcul des tranches de cotisations sociales. Sa valeur annuelle peut servir au calcul de la cotisation due par l'assuré. Certaines prestations sont exprimées en pourcentage de sa valeur mensuelle. Son évolution est consultable sur www.securite-sociale.fr
Prestations en nature	Le remboursement des dépenses de frais de soins (frais médicaux, frais chirurgicaux, pharmaceutiques...) ou de service (séjour en établissement hospitalier) exposées par l'assuré.
Parcours de soins	Passage par le médecin traitant choisi par l'assuré avant d'être orienté vers un autre médecin, sauf en cas d'urgence, d'éloignement du domicile ou lorsqu'un accès direct à un spécialiste est autorisé (ophtalmologue, gynécologue ainsi que, pour les patients âgés de moins de 26 ans, psychiatre et neuropsychiatre). Le parcours de soins concerne les patients à partir de 16 ans.
Participation forfaitaire (Article L.160-13 du Code de la sécurité sociale)	Montant forfaitaire non remboursé par le régime obligatoire. Cette participation forfaitaire, à la charge de l'assuré, concerne les consultations, les actes des médecins et les actes biologiques. La participation forfaitaire n'est pas remboursée par l'assureur.
Franchise (Article L.160-13 du Code de la sécurité sociale)	La franchise est une somme déduite des remboursements effectués par le régime obligatoire sur les frais pharmaceutiques, les actes des auxiliaires médicaux, les frais de transports sanitaires à l'exception des transports d'urgence. La franchise n'est pas remboursée par l'assureur.
Secteur conventionné	L'ensemble des professionnels de santé ayant adhéré à la convention passée entre leurs représentants et le régime obligatoire et pratiquant des tarifs contrôlés. A l'intérieur de ce secteur conventionné, les professionnels du secteur 1 s'engagent à respecter les bases de remboursement du régime obligatoire. Ceux du secteur 2 sont autorisés par convention à dépasser les bases de remboursements du régime obligatoire. Le ticket modérateur et le dépassement de la base de remboursement du régime obligatoire sont à la charge de l'assuré.
Dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	Dispositifs prévus par une ou plusieurs conventions nationales signées par l'UNOCAM et au moins une des organisations syndicales représentatives des professionnels de santé, ayant pour objet la maîtrise de leurs dépassements d'honoraires : Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM ou OPTAM-CO spécialité chirurgicale ou de gynécologie-obstétrique).
Secteur non conventionné	L'ensemble des professionnels de santé n'ayant pas adhéré à la convention passée entre leurs représentants et le régime obligatoire et pratiquant des tarifs libres. Le remboursement des actes par le régime obligatoire est alors effectué sur une base minorée. Les professionnels de santé conventionnés exerçant en secteur 2 ou titulaires d'un droit de dépassement ayant choisi un de ces dispositifs sont consultables sur ameli-direct.fr
Service Médical Rendu (S.M.R.)	Critère utilisé en santé publique pour classer les médicaments en 4 niveaux (majeur, modéré, faible, insuffisant) et fixer leur taux de remboursement par le régime obligatoire.

Base de remboursement du régime obligatoire	Le montant défini par le régime obligatoire pour rembourser les frais médicaux.
Ticket Modérateur	Participation de l'assuré aux tarifs définis par le régime obligatoire pour rembourser les frais médicaux. Cette participation peut être réduite ou supprimée dans certains cas mentionnés à l'article R.160-16 du Code de la sécurité sociale.
Reste à charge	Part des dépenses de santé qui reste à la charge de l'assuré social après le remboursement du régime obligatoire. Il est constitué : <ul style="list-style-type: none"> - du ticket modérateur, étant rappelé que la participation forfaitaire et la franchise (article L.160-13 du Code de la sécurité sociale) ne sont pas prises en charge par l'assureur, - de l'éventuel dépassement d'honoraires.
Calcul de l'âge	L'âge réel de l'adhérent à la date d'effet du contrat et selon le cas, l'âge est calculé par différence de millésime entre l'année de naissance et l'âge réel de l'assuré à la date d'anniversaire de l'adhésion ou de la modification de l'adhésion.
Régime de base	Adhésion de l'assuré au contrat de santé Atout Santé Pro, Formule 5 ou 6 souscrit par L'association LAFPAC dans le cadre de l'article 3 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 (dite « Loi Evin ») auprès de QUATREM sous le numéro 0030341 , en vigueur.

TITRE I – DISPOSITIONS GÉNÉRALES

1.1 - OBJET DU CONTRAT

Ce contrat est un contrat d'assurance de groupe surcomplémentaire à adhésion individuelle et facultative, souscrit par l'Association **LAFPAC** au profit de ses membres remplissant les conditions d'adhésion définies à l'article 1.6 (Conditions et formalités d'adhésion au contrat) ayant pour objet :

- le remboursement de tout ou partie des frais de santé engagés **en cas d'accident, de maladie ou de maternité par l'adhérent et/ou de ses ayants droit au sens du contrat** ;
- **la couverture du risque Décès par accident de l'assuré.**

Il est régi par le Code des assurances et notamment ses articles L.141-1 et suivants et relève des branches 1 (accidents), 2 (maladie) et 20 (vie-décès) de l'article R.321-1 du Code des assurances.

Les garanties frais de santé de Atout Santé / Prévoyance Pro Solidaire sont assurées par QUATREM sous le numéro 0030343. Elles sont complémentaires à celles du régime de base tel que défini au Lexique.

La garantie Décès Accidentel de Atout Santé / Prévoyance Pro Solidaire est assurée par QUATREM sous le numéro 0030345.

Atout Santé / Prévoyance Pro Solidaire est non éligible à Loi Madelin pour les présentes garanties.

Les présentes dispositions définissent les engagements réciproques du souscripteur, de l'assureur ainsi que des droits et obligations de l'assuré et notamment les modalités d'entrée en vigueur des garanties ainsi que les formalités à accomplir pour le paiement des prestations.

1.2 - PRISE D'EFFET, DURÉE, RENOUVELLEMENT ET RÉSILIATION DU CONTRAT

Le contrat conclu entre le souscripteur, l'association **LAFPAC** et l'assureur prend effet le **1^{er} avril 2018**. Il est souscrit pour une période se terminant le 31 décembre de l'année au cours de laquelle il a pris effet.

Le contrat se renouvelle ensuite par tacite reconduction le premier janvier de chaque année pour des périodes successives d'un an, sauf dénonciation, par l'une des parties, (souscripteur ou assureur) notifiée par lettre recommandée adressée DEUX MOIS au moins avant chaque date de renouvellement. Le souscripteur peut également procéder à la résiliation dans les mêmes délais par envoi recommandé électronique.

Il prend fin en cas de résiliation conformément aux dispositions prévues ci-dessus ainsi qu'à celles de l'article 1.5 (Ajustement du contrat). Le contrat prend également fin en cas de décès de l'adhérent.

1.3 - RÉFÉRENCES LÉGALES

1.3.1 Obligations de déclaration

Les déclarations du souscripteur et de l'adhérent servent de base à l'application des garanties.

Toute réticence ou fausse déclaration modifiant l'objet du risque ou en diminuant l'opinion pour l'assureur entraînerait l'application des articles L.113-8 et L.113-9 du Code des assurances qui prévoient :

- **Article L.113-8 « Indépendamment des causes ordinaires de nullité, et sous réserve des dispositions de l'article L.132-26, le contrat d'assurance est nul en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de l'assuré, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour l'assureur, alors même que le risque omis ou dénaturé par l'assuré a été sans influence sur le sinistre. Les primes payées demeurent alors acquises à l'assureur, qui a droit au paiement de toutes les primes échues à titre de dommages et intérêts. Les dispositions du second alinéa du présent article ne sont pas applicables aux assurances sur la vie. »**
- **Article L.113-9 « L'omission ou la déclaration inexacte de la part de l'assuré dont la mauvaise foi n'est pas établie n'entraîne pas la nullité de l'assurance. Si elle est constatée avant tout sinistre, l'assureur a le droit soit de maintenir le contrat, moyennant une augmentation de prime acceptée par l'assuré, soit de résilier le contrat dix jours après notification adressée à l'assuré par lettre recommandée, en restituant la portion de la prime payée pour le temps où l'assurance ne court plus. Dans le cas où la constatation n'a lieu qu'après un sinistre, l'indemnité est réduite en proportion du taux des primes payées par rapport au taux des primes qui auraient été dues, si les risques avaient été complètement et exactement déclarés. »**

1.3.2 Prescription

Toute action dérivant du présent contrat est irrecevable au terme d'un délai de DEUX ANS à compter de l'évènement qui lui a donné naissance, selon les dispositions des articles L.114-1 et L.114-2 du Code des assurances qui prévoient :

- **Article L.114-1 « Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'évènement qui y donne naissance. Toutefois, ce délai ne court :
1° en cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'assureur en a eu connaissance ;**

2° en cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand l'action de l'assuré contre l'assureur a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'assuré ou a été indemnisé par ce dernier.

La prescription est portée à dix ans dans les contrats d'assurance sur la vie lorsque le bénéficiaire est une personne distincte du souscripteur et, dans les contrats d'assurance contre les accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'assuré décédé.

Pour les contrats d'assurance sur la vie, nonobstant les dispositions du 2°, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès de l'assuré. »

- Article L.114-2 « La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription [reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait (article 2240 du Code civil), acte d'exécution forcée (article 2244 du Code civil), citation en justice, même en référé (article 2241 du Code civil)] et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par l'assureur à l'assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'assuré à l'assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité. »

1.4 - CONTRAT SOLIDAIRE

Le contrat souscrit est :

- « **non-responsable** » et en conséquence n'est pas tenu de respecter les obligations prévues aux articles L.871-1, R.871-1 et R.871-2 du Code de la Sécurité sociale.

et

- « **solidaire** » puisque les cotisations ne sont pas fixées en fonction de l'état de santé de l'assuré.

Sauf spécificité dans les conditions particulières, si le contrat comporte des garanties optique, dentaire ou aide auditive, les définitions suivantes s'appliquent :

1.4.1 Optique

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

Deux classes d'équipement optique sont ainsi définies :

- **L'équipement optique de « classe A »** : équipement qui respecte intégralement les prix limites de vente qui s'imposent aux opticiens pour l'application du « 100 % SANTÉ ».
- **L'équipement optique de « classe B »** : équipement dont le tarif est librement fixé par l'opticien.

Les éléments de ces équipements peuvent être mixés comme suit :

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

Les limites de remboursement seront appliquées en fonction du contrat.

Les verres neutres (c'est-à-dire sans correction dont la dioptrie égale à 0) sont exclus hors condition d'appairage.

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

VERRES SIMPLES

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

VERRES COMPLEXES

- Verre unifocal sphérique dont la sphère est hors zone de – 6,00 à + 6,00 dioptries,
- Verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre – 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries,
- Verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est inférieure à – 6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie,
- Verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 dioptries,
- Verre multifocal ou progressif sphérique dont la sphère est comprise entre – 4,00 et + 4,00 dioptries,
- Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre – 8,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries,
- Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries.

VERRES TRÈS COMPLEXES

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

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

Les remboursements sont limités à un équipement optique (une monture et deux verres) tous les deux ans par bénéficiaire, **sauf en cas d'évolution de la vue** selon les critères prévus par le Code de la Sécurité sociale **ou pour les enfants de moins de 16 ans** où la prise en charge est annuelle et à 6 mois **pour les enfants jusqu'à 6 ans** dans le cas où la monture n'est plus conforme à leur morphologie.

La périodicité de renouvellement de l'équipement est appréciée à compter de la date de facturation du précédent équipement ayant fait l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie obligatoire ou par l'assureur, depuis le 1^{er} janvier 2018.

L'évolution de la vue permettant de renouveler l'équipement de manière anticipée s'apprécie soit sur présentation d'une nouvelle prescription médicale, soit en fonction de l'adaptation de la prescription médicale faite par l'opticien.

1.4.2 Dentaire

Les évolutions suivantes entreront en vigueur en deux temps : **à compter du 1^{er} janvier 2020** pour une partie des actes du panier « 100 % SANTÉ », puis **au 1^{er} janvier 2021 pour le reste des soins prothétiques dentaires**.

Trois paniers de soins prothétiques sont ainsi définis :

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

1.4.3 Aide auditive

Les évolutions suivantes entreront en vigueur **à compter du 1^{er} janvier 2021**.

Deux classes d'équipement auditif sont ainsi définies :

- L'équipement auditif de « **classe I** » sans reste à charge : cet équipement est remboursé sans pouvoir excéder les prix limites de vente qui s'imposent aux audioprothésistes pour l'application du « 100 % SANTÉ ».
- L'équipement auditif de « **classe II** » : cet équipement auditif est remboursé dans les conditions fixées dans le tableau de garanties.
- La prise en charge d'une aide auditive par oreille **est limitée à une aide auditive tous les quatre ans** suivant la date de facturation de l'aide auditive, ayant fait l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie obligatoire ou par l'assureur, depuis le 1^{er} janvier 2017. Le délai court indépendamment pour chaque équipement de chaque oreille.

Ne sont pas pris en charge par l'organisme assureur :

- **les actes spécifiquement mentionnés au contrat,**
- **la part des remboursements prévue par le contrat sociale tel que défini au lexique, s'il y a un contrat sociale,**
- **les minima de remboursement visés et/ou prévus à l'article D.911-1 du Code de la sécurité sociale.**

1.5 - AJUSTEMENT DU CONTRAT

Si une décision législative, réglementaire, une modification de l'intervention du régime obligatoire, du régime de base, une évolution des résultats techniques constatée sur une ou plusieurs garanties ou une aggravation du risque viennent à entraîner une modification des engagements de l'assureur, celui-ci se réserve la possibilité de :

- modifier le contrat ;
- réviser le tarif ;
- résilier le contrat en dehors de l'échéance annuelle, dans les conditions prévues par l'article L.113-4 du Code des assurances.

L'aggravation du risque s'apprécie sur l'ensemble des contrats présentant des caractéristiques analogues souscrits dans le cadre de l'offre Atout Santé / Prévoyance Pro 0030343 et/ou 0030345.

Jusqu'à la date de prise d'effet de cette modification ou de cette révision, les dispositions antérieures continuent à s'appliquer au contrat sauf si les nouvelles dispositions sont d'ordre public et donc d'application immédiate.

1.6 - CONDITIONS ET FORMALITÉS D'ADHÉSION AU CONTRAT

1.6.1 Conditions d'adhésion au contrat

Sont admissibles au contrat les personnes physiques, membres de l'association LAFPAC, ayant le statut de travailleur non salarié et non agricole pratiquant leur activité de manière indépendante sans être soumis à un lien de subordination et remplissant les conditions cumulatives suivantes :

- relever du régime d'imposition afférent à leur activité professionnelle, selon leur statut, soit de l'article 62 du Code général des impôts, soit de l'article 154 bis du Code général des impôts (impôt sur le revenu dans la catégorie des bénéfices industriels et commerciaux (BIC) ou des bénéfices non commerciaux (BNC)) ;
- être affiliés au régime obligatoire français d'assurance maladie des travailleurs non-salariés non agricole (prévoyance), sous réserve d'être à jour du paiement des cotisations auprès dudit régime ;
- bénéficier effectivement du régime de base obligatoire tel que défini au lexique.

1.6.2. Formalités d'adhésion au contrat

L'adhérent remplit une demande d'adhésion par laquelle notamment il :

- précise la formule de garantie qu'il souhaite parmi celles prévues au contrat ;
- choisit le montant de la garantie Décès Accidentel de l'assuré au titre de la convention **0030345 Atout Santé / Prévoyance Pro Solidaire** ;

L'adhérent désigne le ou les bénéficiaires en cas de décès accidentel en renseignant le formulaire de désignation de bénéficiaires.

L'acceptation du risque par l'assureur est constatée par l'émission d'un certificat d'adhésion qui confère à l'adhérent la qualité d'assuré.

Sauf stipulations contraires précisées au certificat d'adhésion, les garanties ne sont acquises que pour les assurés exerçant leur activité en France Métropolitaine.

Le certificat d'adhésion mentionne les caractéristiques propres à l'adhésion, notamment, l'identité de l'assuré et des bénéficiaires définis à l'article 1.10 (Bénéficiaires des garanties santé), la date d'effet de l'adhésion, la formule de garantie santé et le montant des garanties en cas de décès accidentel de l'assuré souscrites, les cotisations ainsi que les dérogations éventuelles aux conditions du contrat, **étant précisé que les garanties non mentionnées au certificat d'adhésion ne s'appliquent pas.**

Seules les pièces contractuelles portant la signature d'un représentant habilité de la compagnie engagent l'assureur.

1.7 - MODIFICATION DE L'ADHÉSION

À la date d'anniversaire de l'entrée en vigueur du contrat, sous réserve d'en faire la demande à l'assureur au moins TRENTE jours avant cette date, l'assuré peut demander à modifier sa formule de garantie.

La modification prend effet après accord exprès de l'assureur matérialisé par l'établissement d'un avenant au certificat d'adhésion qui indique notamment la date de prise d'effet de la modification, le cas échéant la nouvelle formule de garantie santé souscrite, le montant de la garantie décès accidentel et la cotisation à cette date. Celle-ci sera calculée conformément aux critères mentionnés à l'article 2.1 (Assiette et montant de la cotisation). Le paiement correspondant à la nouvelle cotisation sera adapté aux nouvelles conditions.

Si l'assuré ne retourne pas signé l'avenant à l'adhésion de l'assureur dans les QUINZE jours suivants sa date d'émission accompagné du paiement de la cotisation correspondante, ou si l'assureur refuse la modification, l'assuré reste garanti dans les conditions prévues antérieurement à sa demande de modification.

1.8 - EFFET, DURÉE ET RENOUVELLEMENT DE L'ADHÉSION ET DES GARANTIES

1.8.1 Date d'effet, durée, renouvellement de l'adhésion

L'adhésion au présent contrat prend effet à la date mentionnée au certificat d'adhésion sous réserve :

- du versement de la première cotisation ;
- qu'un exemplaire du certificat d'adhésion soit retourné signé à l'assureur dans les TRENTE jours qui suivent sa date d'émission.

L'adhésion est souscrite à l'origine pour une période d'une année à compter de la date d'effet indiquée au certificat d'adhésion. Elle se renouvelle ensuite par tacite reconduction à chaque date d'anniversaire du contrat pour une durée d'un an, sauf résiliation par l'assuré, par lettre recommandée avec accusé de réception adressée au moins **DEUX mois** avant cette date. L'assuré peut également procéder à la résiliation dans les mêmes délais par envoi recommandé électronique.

Sous réserve du paiement des cotisations, et, sauf réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte faite de mauvaise foi par l'assuré, celui-ci ne peut être radié de l'assurance contre son gré tant qu'il répond aux conditions d'adhésion mentionnées à l'article 1.6.1 (Conditions d'adhésion au contrat).

1.8.2 Cessation de l'adhésion

L'adhésion au contrat prend fin pour l'assuré :

- en cas de non-paiement de la cotisation ;
- à la date à laquelle il ne remplit plus les conditions d'adhésion objet de l'article 1.6.1 (Conditions d'adhésion au contrat) ;
- à la date à laquelle il n'est plus membre de l'association souscriptrice ;
- en cas de non renouvellement de l'adhésion dans les conditions mentionnées à l'article 1.8.1 (Date d'effet, durée, renouvellement de l'adhésion) ;
- à la date de résiliation du contrat dans les conditions prévues à l'article 1.2 (Prise d'effet, Durée, renouvellement et résiliation du contrat).

1.8.3 Date de l'effet, durée des garanties

POUR L'ASSURÉ :

Les garanties santé et décès par accident de l'assuré prennent effet à la même date que celle de l'adhésion, mentionnée sur le certificat d'adhésion.

En cas de modification de l'adhésion dans les conditions mentionnées à l'article 1.7. (Modification de l'adhésion), à la date mentionnée sur l'avenant à l'adhésion.

Elles cessent, dans les cas prévus à l'article 1.8.2 (Cessation de l'adhésion).

POUR LES BÉNÉFICIAIRES DES GARANTIES SANTÉ :

Les dites garanties prennent effet à la même date que l'effet des garanties pour l'assuré mentionnée au certificat d'adhésion, **sous réserve que les bénéficiaires répondent à la définition de l'article 1.10 (Bénéficiaires des garanties) à cette date et que les cotisations les concernant soient payées.**

Au cours de l'adhésion, l'assuré a la faculté de modifier les bénéficiaires des garanties santé dans les conditions ci-après :

- le lendemain de la radiation d'un bénéficiaire à une garantie santé de même nature sur présentation du certificat de radiation ;
- le 1^{er} jour qui suit la modification de la situation de famille de l'assuré sous réserve qu'elle ait été portée à la connaissance de l'assureur dans un délai de UN mois suivant la survenance de l'évènement ;
- le 1^{er} jour qui suit la naissance d'un nouveau né, sous réserve que la demande parvienne à l'assureur dans les 90 jours suivant la naissance.

Cette modification donnera lieu à l'émission d'un avenant à l'adhésion par l'assureur.

Les garanties cessent :

- à la même date que la cessation des garanties pour l'assuré visée à l'article 1.8.2 (Cessation de l'adhésion) ;
- à la date à laquelle ils perdent le statut de bénéficiaire tel que défini à l'article 1.10 (Bénéficiaires des garanties santé).

1.9 - RENONCIATION

L'assuré a la faculté de renoncer à son adhésion, si elle fait suite à un démarchage à domicile ou si elle a été conclue à distance, dans les conditions ci-après :

1.9.1. Cas général

Conformément à l'article L.132-5-1 du Code des assurances, l'assuré peut renoncer à son adhésion dans un délai de TRENTE jours calendaires révolus à compter du moment où il est informé que le contrat est conclu. Ce délai expire le dernier jour à VINGT-QUATRE (24) heures.

S'il expire un samedi, un dimanche ou un jour férié ou chômé, il n'est pas prorogé.

Cette renonciation doit être notifiée à l'assureur par lettre recommandée ou envoi recommandé électronique avec accusé de réception, accompagné des documents contractuels qui auraient été envoyés.

Dans ce cas, le versement effectué par l'assuré lui sera intégralement remboursé dans les TRENTE (30) jours calendaires révolus suivant la date de réception de la lettre recommandée.

Les garanties du contrat cessent de produire effet à compter du jour d'envoi de la lettre recommandée de renonciation.

1.9.2. Démarchage à domicile

Conformément à l'article L.112-9 du Code des assurances : « 1.- 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 ou par envoi recommandé électronique pendant le délai de quatorze jours calendaires révolus à compter du jour de la conclusion du contrat, sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités. »

L'exercice du droit de renonciation entraîne la résiliation de l'adhésion à compter de la date de réception de la lettre recommandée ou de l'envoi recommandé électronique. L'assuré est tenu au paiement de la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque a couru, cette période étant calculée jusqu'à la date de la résiliation. Le solde est remboursé par l'assureur au plus tard dans les TRENTE jours suivant la date de résiliation.

Toutefois, l'intégralité de la cotisation reste due à l'assureur si l'assuré exerce son droit de renonciation alors qu'un événement mettant en jeu les garanties du contrat et dont il n'a pas eu connaissance est intervenu pendant le délai de renonciation.

1.9.3 Conclusion de l'adhésion à distance

Conformément à l'article L.112-2-1 du Code des assurances, l'assuré dispose d'un délai de QUATORZE jours calendaires révolus pour exercer son droit de renonciation, par lettre recommandée avec avis de réception ou par envoi recommandé électronique, sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités, ce délai commençant à courir à compter du jour de la signature du certificat d'adhésion.

1.9.4 Modèle de rédaction de renonciation au contrat

Pour exercer son droit de renonciation, l'assuré peut utiliser le modèle de rédaction suivant :

Je soussigné (nom, prénom), demeurant (adresse complète), déclare renoncer à mon adhésion au contrat numéro (indiquer ledit numéro), souscrit le (date du certificat d'adhésion), par l'intermédiaire de (nom du conseiller en assurance), en application des dispositions de l'article L.112-9 du Code des assurances (en cas de démarchage à domicile) L.112-2-1 du Code des assurances (en cas d'adhésion à distance) – rayer la mention inutile -

1.10 - BÉNÉFICIAIRES DES GARANTIES SANTÉ

Outre l'assuré, peuvent bénéficier des garanties sous réserve qu'elles soient mentionnés au certificat d'adhésion, que les cotisations correspondantes soient payées et qu'elles bénéficient effectivement du régime de base de l'assuré tel que défini au Lexique, les personnes ci-après, ayants droit au sens du contrat, sous réserve qu'elles répondent aux définitions mentionnées au lexique :

- son conjoint ou son partenaire de PACS ou son concubin ;
- ses enfants à charge.

1.11 - OBLIGATIONS DES PARTIES

1.11.1 Obligations de l'assuré

Sauf stipulations contraires précisées au certificat d'adhésion, l'activité de l'assuré est réputée s'exercer en France Métropolitaine.

L'assuré s'oblige :

– **à l'adhésion :**

- à transmettre la demande d'adhésion complétée et signée,
 - un extrait K bis ou le cas échéant toute autre pièce officielle justifiant son statut,
 - une photocopie de sa carte nationale d'identité ou de son passeport en vigueur,
 - pour chaque bénéficiaire de la garantie santé la photocopie de l'attestation d'assurance maladie jointe à la carte vitale,
 - **un certificat d'affiliation de son régime de base tel que défini au Lexique (y compris le cas échéant pour ses ayants droit) mentionnant les garanties souscrites,**
 - un exemplaire du certificat d'adhésion **au présent contrat** dûment signé dans les TRENTE jours qui suivent sa date d'émission,
 - toute pièce que l'assureur jugerait nécessaire à l'adhésion.

– **en cours d'adhésion :**

- à régler les cotisations à l'assureur,
- à communiquer à l'assureur : toutes circonstances nouvelles ayant pour conséquence de modifier la nature ou l'importance des risques, ou d'en créer de nouveaux, et de rendre inexacts ou caduques les déclarations faites à l'assureur lors de l'adhésion, notamment :
 - le changement de l'activité professionnelle déclarée lors de l'adhésion, la modification de la garantie souscrite au régime de base et la radiation du régime de base tel que défini au Lexique (y compris le cas échéant pour ses ayants droit),
 - le changement de situation familiale.
- la date de prise d'effet de la liquidation de sa pension d'assurance vieillesse au titre de son activité non salariée.
- à transmettre à l'assureur, le cas échéant, sa demande de modification de l'adhésion au contrat dans les conditions fixées à l'article 1.7 (Modification de l'adhésion).

– **sur demande de l'assureur, à tout moment :**

- à justifier par tous moyens (certificat de scolarité, extrait d'acte de naissance, avis d'imposition...) que son conjoint, son partenaire de Pacs, son concubin, ses enfants à charge répondent bien à la définition contractuelle.

– **en cas d'évènement ouvrant droit aux prestations décès accidentel**

- les pièces nécessaires au règlement des prestations, tels qu'elles sont énumérées dans le texte spécifique à chaque garantie.

L'assureur ne peut se trouver engagé que par les déclarations et pièces qui lui sont transmises par le souscripteur et l'adhérent au contrat.

1.11.2 Obligations du souscripteur

Le certificat d'adhésion est remis à l'assuré conformément à l'article 1.6.2 (Formalité d'adhésion au contrat).

Le souscripteur doit conformément à l'article L.141-4 du Code des assurances :

- remettre aux assurés une notice établie par l'assureur qui définit les garanties et leurs modalités d'entrée en vigueur ainsi que les formalités à accomplir en cas de sinistre ;
- informer par écrit les assurés des modifications apportées à leurs droits et obligations TROIS mois au minimum avant la date prévue de leur entrée en vigueur.

D'un commun accord entre l'assureur et le souscripteur, il a été convenu que le souscripteur donnait expressément mandat à l'assureur d'accomplir les formalités légales précitées.

1.12 - DISPOSITIONS DIVERSES

Toutes les communications relatives à l'assurance et incombant au souscripteur, aux assurés ou aux bénéficiaires, doivent être adressées à Quatrem (TSA 20002 – 78075 Saint Quentin en Yvelines cedex).

Toutes les communications incombant à l'assureur seront valablement faites au dernier domicile connu en France indiqué par le souscripteur et/ou les assurés et/ou les bénéficiaires.

1.12.1 Informatique et libertés

Conformément à la réglementation européenne et française en matière de données à caractère personnel, en ce compris le Règlement Général sur la Protection des Données n°2016/679 du 27 avril 2016 (dit « RGPD ») et la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés modifiée (dite « loi Informatique et Libertés »), l'assuré reconnaît avoir été informé par Quatrem, organisme assureur du Groupe Malakoff Humanis et responsable de traitement des données à caractère personnel collectées, qu'un délégué à la protection des données à caractère personnel a été désigné.

Il peut être contacté par email à dpo@malakoffhumanis.com ou par courrier : Malakoff Humanis, Pôle Informatique et Libertés Assurance, 21 rue Laffitte 75317 Paris Cedex 9.

1. Les données à caractère personnel de l'assuré peuvent être collectées et traitées au titre de :

- la souscription, la gestion, et l'exécution du contrat d'assurance ainsi que la gestion ou l'exécution de tout autre contrat souscrit auprès de Quatrem ou d'autres sociétés du groupe Malakoff Humanis ; et ce y compris, en notre qualité d'organisme assureur, l'utilisation du NIR de l'assuré pour la gestion de ses risques d'assurance complémentaire santé (conformément au Pack de conformité « Assurance » de la CNIL de novembre 2014 (dit « Pack Assurance ») ;
- la gestion des avis de l'assuré sur les produits, services ou contenus proposés par Quatrem ou ses partenaires ;
- l'exercice des recours à la gestion des réclamations et des contentieux ;
- l'élaboration de statistiques y compris commerciales, d'études actuarielles ou autres analyses de recherche et développement ;
- l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur ; y compris celles relatives à la lutte contre la fraude, pouvant conduire à son inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude ; et à la lutte contre le blanchiment des capitaux et au financement du terrorisme.

Quatrem s'engage à ne pas exploiter les données personnelles de l'assuré pour d'autres finalités que celles précitées.

L'assuré reconnaît que la collecte et le traitement de ses données à caractère personnel (en ce compris des données d'identification, des données relatives à sa situation familiale, économique, patrimoniale et financière, professionnelle, à sa vie personnelle, à sa santé, à l'appréciation du risque, à la gestion du contrat...) sont nécessaires à la gestion et à l'exécution du contrat.

Le traitement, pour une ou plusieurs finalités spécifiquement déterminées, des données concernant la santé de l'assuré, données sensibles au sens de l'article 8 de la loi Informatique et libertés et de l'article 9 du RGPD, est soumis à son consentement écrit et préalable pour une ou plusieurs des finalités spécifiquement listées ci-dessus. En pratique la signature de la demande d'adhésion vaut recueil du consentement.

Les destinataires des données à caractère personnel de l'assuré sont, dans la limite de leurs attributions respectives et suivant les finalités : les services de Quatrem et du groupe Malakoff Humanis dont le personnel est en charge des traitements relatifs à ces données, ainsi que les sous-traitants, les délégataires de gestion, les intermédiaires, les réassureurs, les organismes professionnels habilités, les partenaires et les sociétés extérieures et les souscripteurs du contrat.

Les données de santé de l'assuré sont destinées au Service médical de Quatrem et à toute personne placée sous la responsabilité du Service Médical et ne sont en aucun cas utilisées à des fins commerciales.

Quatrem s'engage à ce que les données à caractère personnel de l'assuré ne soient en aucun cas transmises à des tiers non autorisés.

Les données à caractère personnel relatives à la santé de l'assuré sont traitées dans des conditions garantissant leur sécurité notamment par la mise en œuvre de mesures techniques et organisationnelles renforcées adaptées au risque élevé pesant sur de telles données.

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

Quatrem et ses partenaires s'engagent (1) à prendre les mesures techniques et organisationnelles appropriées pour garantir un niveau de sécurité et de confidentialité adapté au risque présenté par le traitement des données de l'assuré et (2) à notifier à la CNIL et informer l'assuré en cas de violation de ses données dans les limites et conditions des articles 33 et 34 du RGPD.

Les données utilisées à des fins statistiques font l'objet d'une anonymisation préalable par des procédés techniques excluant tout risque de réidentification des personnes. Les dispositions de la réglementation de protection des données ne s'appliquent pas à de telles données.

2. L'assuré dispose d'un droit de demander l'accès à ses données à caractère personnel, la rectification ou l'effacement de celles-ci, et de décider du sort de ces données, post-mortem. L'assuré dispose également d'un droit de s'opposer au traitement pour motifs légitimes, de limiter le traitement dont il fait l'objet et d'un droit à la portabilité des données à caractère personnel dans les limites fixées par la loi. Il dispose enfin de la possibilité de s'opposer, à tout moment et sans frais, à la prospection commerciale, y compris lorsque celle-ci est réalisée de manière ciblée.

Ces droits peuvent être exercés, en justifiant de son identité, par email à dpo@malakoffhumanis.com ou par courrier à Malakoff Humanis, Pôle Informatique et Libertés Assurance, 21 rue Laffitte 75317 Paris Cedex 9.

L'assuré dispose également du droit de contacter la CNIL directement sur le site internet :

<https://www.cnil.fr/fr/agir>

ou par courrier à l'adresse suivante :

Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés,
3 Place de Fontenoy
TSA 80715
75334 Paris Cedex 07.

Pour information, l'assuré dispose également du droit de s'inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique gérée par la société Opposetel. Pour plus d'informations : www.bloctel.gouv.fr

1.12.2 Organisme de contrôle de l'assureur

L'autorité chargée du contrôle de Quatrem est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), 4 place de Budapest, CS92459, 75436 Paris Cedex 9.

1.12.3 Réclamations - Médiation - Juridiction compétente

En cas de difficultés dans l'application du contrat, le souscripteur, l'assuré et les bénéficiaires peuvent contacter dans un premier temps leur conseiller habituel ou contact habituel.

Si la demande ne trouve pas satisfaction, la réclamation peut être adressée à l'adresse suivante :

reclamations.quatrem@malakoffhumanis.com ou à l'adresse du service :

Quatrem
Pôle réclamations
TSA 20002
78075 Saint Quentin en Yvelines cedex

Lorsqu'aucune solution à un litige relatif aux garanties n'a pu être trouvée, l'assuré, le souscripteur et/ou les bénéficiaires peuvent, sans préjudice du droit d'agir en justice, s'adresser à la Médiation de l'assurance par voie électronique à l'adresse suivante : www.mediation-assurance.org ou par courrier à l'adresse suivante :

La Médiation de l'Assurance
TSA 50110
75441 Paris Cedex 09.

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

1.12.4 Subrogation

Conformément aux articles L.121-12 et L.131-2 du Code des assurances, l'assureur est subrogé dans les droits et actions de l'assuré contre les tiers responsables à concurrence de toutes prestations à caractère indemnitaire versée en application du contrat.

TITRE II - COTISATION

2.1 - ASSIETTE ET MONTANT DE LA COTISATION

AU TITRE DE LA GARANTIE SANTÉ :

La cotisation annuelle est exprimée en euros, en fonction notamment de la formule de garantie souscrite, de l'âge des bénéficiaires, du département de leur résidence principale, de la périodicité de paiement choisie, du régime obligatoire, du régime de base tel que défini au Lexique et des dispositions réglementaires en vigueur.

La cotisation est déterminée selon ces critères à la date d'effet de l'adhésion au contrat pour chaque bénéficiaire et est indiquée sur le certificat d'adhésion.

En cas de modification :

- du département de résidence principale de l'assuré et/ou d'un des bénéficiaires, la cotisation est adaptée au 1^{er} jour qui suit la date à laquelle l'assureur en a connaissance ;
- de la formule de garantie souscrite dans les conditions mentionnées à l'article 1.7 (Modification de l'adhésion), un avenant à l'adhésion indiquera la nouvelle cotisation, calculée selon les critères décrits au 1^{er} alinéa du présent paragraphe.

La modification des garanties souscrites au régime de base entraîne une évolution de la cotisation.

En tout état de cause, la cotisation évolue au cours de l'adhésion, à la date d'anniversaire de la date d'effet du contrat en fonction de l'âge de chaque bénéficiaire à cette date.

AU TITRE DE LA GARANTIE DÉCÈS PAR ACCIDENT DE L'ASSURÉ :

La cotisation annuelle est exprimée en euros et en pourcentage du capital souscrit à la date d'effet de l'adhésion et mentionnée au certificat d'adhésion. Elle évolue en cas de modification du capital souscrit à la date de modification de l'adhésion.

2.2 - INDEXATION

La cotisation est indexée chaque année à la date d'anniversaire de la date d'effet du contrat, en fonction du rapport de la dernière évolution connue de la Consommation Médicale Totale publiée dans les Comptes Nationaux de la Santé et des conditions relatives à l'ajustement du contrat (1.5 Ajustement au contrat).

2.3 - MODALITÉS DE PAIEMENT

La cotisation annuelle mentionnée au certificat d'adhésion est payable à terme échu par l'assuré.

Elle est exigible dans les 10 jours de son échéance selon la périodicité de paiement mensuelle, trimestrielle, semestrielle, annuelle.

Le payeur de cotisation est seul responsable de son paiement à l'égard de l'assureur.

Toute taxe présente ou future, établie sur le contrat d'assurance sera mise à la charge du débiteur de la cotisation sous réserve que la récupération soit autorisée.

2.4 - DÉFAUT DE PAIEMENT

L'assureur ne peut se trouver engagé que par le paiement régulier des cotisations aux échéances fixées.

En cas de non paiement d'une cotisation mentionnée au certificat d'adhésion, au terme du délai de 10 jours suivant son échéance, l'assureur mandataire du souscripteur à cet effet, adresse une lettre recommandée de mise en demeure de payer.

Conformément aux articles L.141-3 et L.132-20 du Code des assurances, le non paiement d'une cotisation à l'expiration d'un délai de 40 jours suivant l'envoi de la lettre de mise en demeure, entraîne de plein droit la résiliation de l'adhésion au contrat.

D'un commun accord entre l'assureur et le souscripteur, il a été convenu que le souscripteur donnait expressément mandat à l'assureur d'accomplir les formalités légales prévues en cas de non-paiement d'une cotisation.

TITRE III – GARANTIES FRAIS MÉDICAUX ET CHIRURGICAUX

3.1 - OBJET DE LA GARANTIE

Les garanties frais de santé ont pour objet le remboursement, dans la limite des frais réellement engagés par l'assuré ou ses bénéficiaires, de tout ou partie des dépenses occasionnées par suite de maladie, de maternité ou d'accident et ayant donné lieu au versement de prestations en nature par **le régime obligatoire et le régime de base tel que défini au lexique.**

Les actes pris en considération sont ceux référencés par le régime obligatoire aux nomenclatures définissant les actes, produits et prestations pris en charge et leurs conditions de remboursement.

Sauf mention au certificat d'adhésion, l'assureur ne prend pas en charge les actes non remboursés par le régime obligatoire, qu'ils soient référencés ou non par cet organisme.

Si leur prise en charge est expressément prévue au certificat d'adhésion, les actes doivent être prescrits et pratiqués par un professionnel de santé diplômé d'état dans sa spécialité et disposant d'un numéro de SIREN.

3.2 - PRESTATIONS

Le montant des remboursements ci-dessous, déterminé acte par acte, s'applique dans les conditions prévues au certificat d'adhésion, étant précisé que les garanties prises en compte par l'assureur pour le calcul de ces remboursements sont celles en vigueur à la date des soins retenue par le régime obligatoire.

3.2.4 Assurances cumulatives

Le présent contrat intervient en complément du régime de base tel que défini au Lexique.

Si les risques couverts par le présent contrat sont ou viennent à faire l'objet d'autres assurances, l'assuré ou ses bénéficiaires doivent en faire la déclaration à l'assureur lors de l'adhésion et pendant toute la durée de celle-ci.

Les garanties de même nature produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie, quelle que soit sa date de souscription. Dans cette limite, l'assuré ou ses bénéficiaires peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de leur choix.

La contribution de chaque organisme est déterminée conformément aux dispositions de l'article L.121-4 du Code des assurances.

Le cumul des remboursements de l'assureur, du régime obligatoire et de tout autre organisme ne peut excéder le montant des frais réellement engagés par l'assuré ou ses bénéficiaires tels que définis au contrat.

3.2.5 Ne sont pas pris en charge par l'assureur :

- **les actes référencés ou non par le régime obligatoire et non remboursés par cet organisme, sauf mention contraire au certificat d'adhésion ;**
- **les dépassements d'honoraires non déclarés au régime obligatoire par le professionnel de santé ;**
- **les soins effectués antérieurement à la date d'effet du contrat ou à la date d'effet de l'adhésion de l'assuré et de ses bénéficiaires ;**
- **les soins effectués postérieurement à la date de résiliation de l'adhésion ou à la date de cessation des garanties de l'assuré et de ses bénéficiaires ;**
- **en cas d'hospitalisation ou de cure thermale, les frais annexes tels que notamment : téléphone, forfait internet, télévision, boissons ;**
- **la participation forfaitaire, les franchises, la majoration du ticket modérateur prévues par le Code de la Sécurité sociale ;**
- **la part des dépenses engagées dont le remboursement relève du régime de base tel que défini au Lexique.**

3.3 - RÈGLEMENT DES PRESTATIONS

Les demandes de remboursement doivent être adressées à l'assureur, avant l'expiration du délai de prescription de DEUX années stipulé au dernier alinéa.

Le remboursement de l'assureur intervient sur présentation des décomptes :

- du régime obligatoire sauf lorsqu'ils sont transmis informatiquement à l'assureur par cet organisme,
- de l'organisme assureur auprès duquel **le régime de base tel que défini au Lexique est souscrit.**

L'assuré ou ses bénéficiaires doivent également joindre un justificatif de frais réels (original de la facture et/ou de la prescription médicale) si :

- les frais ne sont pas indiqués sur le décompte délivré par le régime obligatoire,
- ils sont consécutifs à une hospitalisation,
- ils concernent l'optique.

L'assureur se réserve la possibilité de demander toute autre justification qui lui paraîtrait nécessaire ou de missionner, le cas échéant, un de ses médecins experts afin de contrôler les déclarations qui lui sont faites.

Si à l'occasion d'une demande de remboursement, l'assuré ou ses bénéficiaires fournissent intentionnellement des documents faux ou dénaturés, ces derniers s'exposent à des poursuites pénales, à la nullité de leur adhésion ainsi qu'à la perte de tous droits à remboursement et seront tenus au remboursement des sommes indument perçues.

En tout état de cause et conformément aux dispositions légales rappelées à l'article 1.3 (Références légales) du contrat, les demandes de remboursements sont prescrites au terme d'un délai de DEUX ans à compter de la date des soins. La date des soins retenue est celle qui figure sur le décompte de la sécurité sociale (ou sur la facture délivrée par le professionnel de santé en l'absence d'intervention du régime obligatoire).

3.3.1 Prise en charge hospitalière

En cas d'hospitalisation médicale ou chirurgicale de plus de 24 heures consécutives, l'assureur peut délivrer une prise en charge hospitalière au profit de l'assuré ou de l'un de ses bénéficiaires.

Ainsi, l'assureur se substitue à l'assuré ou à l'un de ses bénéficiaires, après intervention du régime obligatoire et du régime de base tel que défini au Lexique, pour le règlement des frais restant à sa charge auprès de l'établissement concerné, dans les conditions prévues au certificat d'adhésion et à l'exclusion de tous les frais annexes, conformément à l'article 3.2.5 (Ne sont pas pris en charge par l'assureur) et de toute avance de prestations en nature à la charge du régime obligatoire et du régime de base tel que défini au Lexique.

3.3.2 Tiers payant

Le contrat permet à l'assuré et à ses ayants droit de bénéficier du mécanisme de tiers payant (dispense d'avance de frais) sur les actes pratiqués par les professionnels de santé au moins à hauteur de la base de remboursement de la Sécurité sociale.

Au-delà, le bénéfice du tiers payant peut être conditionné au respect par le professionnel de santé de tarifs maximum ainsi que des tarifs contractuels, le cas échéant, dans des réseaux.

La carte de tiers payant délivrée par l'assureur doit lui être restituée sans délai lorsque l'assuré et/ou ses ayants droit cessent de bénéficier du contrat.

En cas de non restitution, les bénéficiaires tels que définis au Lexique ou à défaut le souscripteur rembourseront à l'assureur les sommes indûment perçues.

L'utilisation frauduleuse ou abusive du tiers payant par les bénéficiaires tels que définis au lexique entraîne la cessation immédiate de ce service et la restitution par ces derniers de l'ensemble des justificatifs et des sommes indûment perçues à l'assureur.

TITRE IV - GARANTIES DÉCÈS ACCIDENTEL DE L'ASSURÉ

4.1 - OBJET DE LA GARANTIE

Si elle est souscrite, la garantie a pour objet de verser une prestation supplémentaire en cas de décès de l'assuré consécutif à un accident tel que défini au Lexique **sous réserve que le décès survienne au plus tard dans les DOUZE mois qui suivent cet accident.**

Il sera versé au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) au titre de la présente garantie une prestation sous forme d'un capital décès par l'adhérent et précisé au certificat d'adhésion.

Conformément à l'article 1353 du Code civil, il appartient au(x) bénéficiaire(s), d'apporter la preuve de l'accident et du lien de causalité direct entre celui-ci et le décès de l'assuré.

Il est rappelé que la présente garantie est assurée sous le numéro de convention 0030345.

4.2 - PRESTATIONS

Le montant de la prestation est choisi par l'assuré à l'adhésion. Il ne peut être inférieur à 5 000 euros, ni supérieur à 100 000 euros. Le montant choisi est un multiple de 5 000 jusqu'à 20 000 euros. Ce montant est un multiple de 10 000 euros de 20 000 euros à 100 000 euros. Ce montant est inscrit au certificat d'adhésion. Il est versé aux bénéficiaires indiqués conformément aux dispositions de l'article 1.4 (Désignation des bénéficiaires de la garantie).

4.3 - MODALITÉS DE REVALORISATION DE LA PRESTATION

A compter de la date du décès de l'assuré et jusqu'à la date de réception par l'assureur des pièces nécessaires au paiement de la prestation [(article 1.4 – Pièces à fournir)], la prestation mentionnée au certificat d'adhésion est revalorisée dans les conditions prévues à l'article R132-3-1 du Code des assurances.

4.4 - DÉSIGNATION DES BÉNÉFICIAIRES DE LA GARANTIE

Sauf stipulation contraire faite par l'assuré, valable au jour de son décès, les prestations dues au titre de la garantie décès accidentel sont attribuées selon la clause type ci-après :

- à son conjoint survivant non divorcé ni séparé de corps judiciairement ;
- à défaut, à son partenaire de Pacte Civil de Solidarité ;
- à défaut à son concubin notoire (tel que défini dans le lexique) ;
- à défaut, par parts égales à ses enfants nés ou à naître, vivants ou représentés comme en matière de succession ;
- à défaut, à ses autres héritiers conformément à la dévolution successorale.

L'assuré a la faculté de modifier sa désignation de bénéficiaire à tout moment et notamment lorsque celle-ci n'est plus appropriée, sur un formulaire fourni par l'assureur ou sur demande écrite datée et signée de sa main.

Lorsque l'assuré désigne nommément le bénéficiaire, il doit mentionner les coordonnées de celui-ci (nom d'usage, nom de famille (de naissance), prénom(s), sexe, adresse, date et lieu de naissance (commune, code postal, pays), adresse complète). Elles seront utilisées par l'assureur pour le paiement de la prestation.

Cette désignation peut également faire l'objet d'un acte sous seing privé ou d'un acte authentique.

Toute désignation devient irrévocable dès qu'elle a fait l'objet d'une acceptation expresse de la part du bénéficiaire désigné, dans les conditions prévues à l'article L.132-9 du Code des assurances, à savoir notamment, par :

- avenant signé par l'assureur, le bénéficiaire et l'assuré ;
- acte authentique ou sous seing privé, signé de l'assuré et du bénéficiaire, qui n'aura d'effet à l'égard de l'assureur que lorsqu'il lui aura été notifié par écrit ;
- **Toute désignation, acceptation ou changement de désignation de bénéficiaire non porté à la connaissance de LAFPAC au nom et pour le compte de l'assureur avant paiement des sommes prévues au contrat lui est inopposable.**

Sont exclus de la garantie :

- tout fait intentionnel de la part de l'assuré ou du bénéficiaire ayant pour but de porter atteinte à son intégrité physique ;
- les décès résultant d'une maladie de quelque nature qu'elle soit ;
- les conséquences d'une crise d'épilepsie, de delirium tremens, d'une rupture d'anévrisme, d'un infarctus du myocarde, d'une embolie cérébrale, d'une hémorragie méningée et d'un accident vasculaire cérébral ;
- toute participation à titre amateur ou professionnel à des matchs, épreuves, raid ou compétitions sportives nécessitant l'usage d'engins à moteur terrestre, aquatique ou aérien, que ce soit en qualité de pilote ou de passager, ainsi qu'aux entraînements et/ou essais qui les précèdent ;
- la fabrication et de la manipulation d'explosifs, de munitions ou de feux d'artifices dans un cadre professionnel ;
- la pratique par l'assuré de toute activité sportive non représentée par une fédération sportive ;
- la pratique par l'assuré de toute activité sportive sans respecter les règles élémentaires de sécurité recommandées par les pouvoirs publics ou par la fédération du sport correspondant à l'activité ;
- la participation de l'assuré à tout sport et/ou compétition à titre professionnel de niveau national ou international et les entraînements et essais préparatoires ;
- la participation de l'assuré à des compétitions sportives, lorsque cette participation comporte l'utilisation de véhicules, d'embarcations à moteur ou de moyens de vol aérien ;
- l'usage comme conducteur d'un véhicule terrestre à moteur, si vous n'êtes pas titulaire du permis de conduire valide adapté ;
- la pratique du saut à l'élastique, sauf si cette pratique a été encadrée lors d'une initiation, d'un baptême ou d'une découverte et que la pratique de l'activité a fait l'objet d'un encadrement par du personnel qualifié, titulaire des brevets et autorisations réglementaires à un tel encadrement ;
- la navigation aérienne de l'assuré :
 - à bord d'un appareil non muni d'un certificat valable de navigabilité ou piloté par une personne ne possédant ni brevet, ni licence ou titulaire d'un brevet ou d'une licence périmée,
 - avec l'utilisation d'un deltaplane, d'un parapente, d'un appareil ultra léger motorisé (U.L.M.) ou de tout engin assimilé, sauf si ces pratiques ont été encadrées lors d'une initiation, d'un baptême ou d'une découverte et que la pratique de l'activité a fait l'objet d'un encadrement par du personnel qualifié, titulaire des brevets et autorisations réglementaires à un tel encadrement,
 - au cours d'un meeting, d'un raid sportif, d'un vol acrobatique, d'une tentative de record, d'un essai préparatoire, d'un essai de réception, d'un saut en parachute non motivé par une raison de sécurité,
- la pratique à titre amateur ou professionnel des activités suivantes : alpinisme, escalade à plus de 20 mètres, plongée subaquatique à plus de 10 mètres sans bouteille, et à plus de 20 mètres avec bouteille, navigation en solitaire et/ou à plus de 25 miles nautiques des côtes, spéléologie, saut à l'élastique, rafting, kitesurf, canyoning, hydrospeed, bobsleigh ski hors piste, hockey sur glace, saut à ski alpin ou nautique, ski acrobatique ou artistique, jumping, art martiaux, et tout sport de combat (à l'exception du judo) ;
- les explosions ou dégagements de chaleur ou d'irradiation, provenant de la transmutation de noyau d'atome, ou de la radioactivité, ainsi que la radiation provoquée par l'accélération artificielle de particules ;
- les accidents occasionnés par l'état d'ivresse de l'assuré, ou lorsque son taux d'alcoolémie se révélerait, à la suite d'un dosage, supérieur ou égal au taux fixé par les dispositions législatives et réglementaires du Code de la route, sauf s'il est établi que l'accident est sans relation avec cet état ;
- les accidents résultant de l'usage comme conducteur d'un véhicule, si l'assuré ou ses bénéficiaires ne sont pas titulaires du permis de conduire adapté ou n'a pas l'âge minimum requis pour conduire ;
- les accidents résultant de l'usage par l'assuré de stupéfiants ou substances médicamenteuses en l'absence ou en dehors des limites de prescription médicale ;
- les rixes (sauf cas de légitime défense et d'assistance à personne en danger) ;
- les actes de guerre, d'émeutes, d'insurrections, d'actes de terrorisme, d'actes de sabotage et de mouvements populaires lorsque l'assuré y prend une part active.

4.6 - CESSATION DE LA GARANTIE

La garantie cesse pour l'assuré :

- en cas de non-paiement de la cotisation ;
- à la date à laquelle il ne remplit plus les conditions d'adhésion objet de l'article 1.6.1 (Conditions d'adhésion au contrat) et au plus tard le jour du 81^e anniversaire de l'assuré ;
- à la date à laquelle il n'est plus membre de l'association souscriptrice ;
- en cas de non renouvellement de l'adhésion dans les conditions mentionnées à l'article 1.8.1 (Date d'effet, durée, renouvellement de l'adhésion) ;
- à la date de résiliation du contrat dans les conditions prévues à l'article 1.2. (Prise d'effet, Durée, renouvellement et résiliation du contrat),

et en tout état de cause, le jour de son QUATRE-VINGT-UNIÈME (81) anniversaire.

Toute omission, réticence, fausse déclaration intentionnelle ou non dans les informations qui seront fournies à l'assureur expose les Bénéficiaires à une déchéance des garanties.

4.7 - PIÈCES A FOURNIR

Le décès par accident doit être déclaré dans les meilleurs délais en adressant à l'assureur les pièces justificatives suivantes :

- la déclaration de décès fournie par l'assureur dûment complétée ;
- un extrait d'acte de décès de l'assuré indiquant les mentions marginales ;
- un extrait d'acte de naissance de l'assuré datant de moins de TROIS mois comportant les mentions marginales et établi postérieurement au décès de l'assuré ;
- une copie de la carte nationale d'identité des bénéficiaires, datée et signée ;
- un relevé d'identité bancaire des bénéficiaires.

En outre il est exigé pour le paiement de la prestation :

- toute pièce officielle relatant les circonstances particulières dans lesquelles est survenu le décès et prouvant l'origine accidentelle de celui-ci (notamment : procès-verbal de police, de gendarmerie, du procureur de la république près le tribunal de grande instance) ;
- le cas échéant, une coupure de presse relatant l'accident ;
- toute pièce nécessaire à l'appréciation du droit à la prestation.



QUATREM - SA au capital de 510 426 261 euros. Entreprise régie par le Code des assurances -
21 rue Laffitte - 75009 Paris - 412 367 724 RCS Paris
QUATREM - PÔLE RÉCLAMATIONS - TSA 20002 - 78075 Saint-Quentin-en-Yvelines Cedex -
reclamations.quatrem@malakoffhumanis.com