

NOTICE D'INFORMATION

Zen Santé Equilibre

PRÉAMBULE

Il a été conclu un contrat d'assurance collectif à adhésion facultative de durée annuelle à tacite reconduction dénommé ZEN SANTÉ ÉQUILIBRE portant le n° ZENSZSE_0324 entre :

- **d'une part l'Association des Assurés de Zenioo** dont le siège social est situé au 33 rue de la République 69002 Lyon, association régie par la loi du 1er juillet 1901 dont les statuts sont disponibles sur le site <https://www.aaz-asso.fr>;
- **et d'autre part l'organisme assureur PREVOIR-VIE GROUPE PREVOIR**, Société Anonyme au capital de 81 000 000 d'euros entièrement versé- 343 286 183 RCS PARIS - Entreprise régie par le Code des assurances dont le siège social est sis 19 rue d'Aumale - CS 40019 - 75306 Paris Cedex 09.

Peuvent adhérer à ce contrat les membres de l'Association des assurés Zenioo. La cotisation annuelle à l'Association sera prélevée dans les mêmes conditions que la cotisation d'assurance.

La distribution du contrat est confiée à Zenioo - Société par Actions Simplifiée au capital de 1 267 431 d'euros- Immatriculée au RCS de Lyon sous le numéro 884 782 582 00024 – dont le siège social est sis 6 Cours André Philip 69100 Villeurbanne - courtier en assurances inscrit au registre des intermédiaires d'assurance (ORIAS) sous le numéro 20 005 879 (www.orias.fr).

Génération intervient dans le cadre de la distribution et est chargé de la gestion des adhésions au contrat. Génération est une Société par Actions Simplifiée- immatriculée au RCS de Quimper sous le numéro 410 069 066- dont le siège social est sis 12 bis rue de Kérogan, 29080 Quimper Cedex 9- courtier en assurance inscrit au registre des intermédiaires d'assurance (ORIAS) sous le numéro 07 000 842 (www.orias.fr).

Le niveau de garantie est précisé sur votre certificat d'adhésion.

Le contrat s'inscrit dans le cadre des dispositifs législatifs des contrats responsables et solidaires.

La personne souhaitant souscrire les Garanties du contrat ZEN SANTE EQUILIBRE devra adhérer à l'association des assurés de Zenioo.

Les relations précontractuelles et contractuelles entre les parties sont régies par le droit français et notamment par le Code des assurances.

Les parties s'engagent à utiliser, pendant toute la durée de l'adhésion, la langue française.

SOMMAIRE

1. DÉFINITIONS.....	5
2. DESCRIPTIF DES PRESTATIONS – TABLEAU DE GARANTIES	8
3. DISPOSITIONS GÉNÉRALES	11
3.1 OBJET DU CONTRAT	11
3.2 DISPOSITIONS PROPRES AUX RELATIONS ENTRE L'ASSUREUR ET L'ASSOCIATION.....	11
4. ADHÉSION ET VIE DE L'ADHÉSION	12
4.1 CONDITIONS D'ADHÉSION	12
4.1.1. Conditions s'appliquant à tous les Adhérents.....	12
4.1.2. Conditions supplémentaires en cas d'adhésion dans le cadre du dispositif Madelin	12
4.2 FORMALITÉS ET DATE D'EFFET DE L'ADHÉSION	13
4.3 DROIT DE RENONCIATION	13
4.3.1. Spécificités du droit de renonciation en cas de vente à distance.....	13
4.3.2. Spécificités du droit de renonciation en cas de démarchage à domicile	13
4.3.3. Modalités d'exercice du droit de renonciation.....	13
4.4 DATE D'EFFET DES GARANTIES	13
4.5 DURÉE DE L'ADHÉSION	14
4.6 MODIFICATION DES GARANTIES	14
5. AJOUT OU SUPPRESSION D'UN BÉNÉFICIAIRE DES PRESTATIONS.....	14
5.1 CHANGEMENT DE LA SITUATION DU BÉNÉFICIAIRE DES PRESTATIONS	14
6. GARANTIES	15
6.1 RISQUES COUVERTS	15
6.2 HOSPITALISATION	15
6.3 FONCTIONNEMENT DES PRESTATIONS DE L'ÉQUIPEMENT OPTIQUE	15
6.3.1. Cas particulier pour les équipements mixtes.....	15
6.3.2. Conditions de renouvellement.....	16
6.3.3. Conditions de renouvellement anticipé	16
6.3.4. L'évolution de la vue	16
6.3.5. Cas particulier du renouvellement anticipé des verres	16
6.4 DENTAIRE.....	16
6.5 AIDES AUDITIVES	17
7. ÉTENDUE TERRITORIALE DES GARANTIES	17
8. DEMANDE DE REMBOURSEMENT.....	17
8.1 TÉLÉTRANSMISSION	17
8.2 PRISE EN CHARGE EN CAS D'HOSPITALISATION.....	18
8.3 TIERS PAYANT.....	18
8.4 DÉLAI DE VERSEMENT DES PRESTATIONS.....	18
8.5 CONTRÔLE DES PRESTATIONS- DÉCHÉANCE DES GARANTIES	18
9. EXCLUSIONS	19
10. LIMITE DE PRESTATIONS.....	20
11. RÉSILIATION DE L'ADHÉSION	20
11.1 RÉSILIATION PAR L'ADHÉRENT	20
11.2 RÉSILIATION PAR L'ASSUREUR.....	20

11.3	RÉSILIATION DE PLEIN DROIT	21
12.	COTISATIONS.....	21
12.1	MONTANT DES COTISATIONS.....	21
12.2	PAIEMENT DES COTISATIONS	21
12.3	RÉVISION TARIFAIRE	21
12.4	DÉFAUT DE PAIEMENT DES COTISATIONS	22
12.5	DÉDUCTIBILITÉ DES COTISATIONS AU TITRE DU DISPOSITIF MADELIN.....	22
13.	DISPOSITIONS DIVERSES.....	22
13.1	TRAITEMENT ET PROTECTION DES DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL PAR GENERATION ET L'ASSUREUR	22
13.1.1.	Collecte et finalités d'utilisation des données personnelles	22
13.1.2.	Conservation des données personnelles	23
13.1.3.	Droits à la protection des données personnelles	23
13.1.4.	Sécurité	23
13.2	TRAITEMENT ET PROTECTION DES DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL PAR L'ASSOCIATION DES ASSURÉS DE ZENIOO ET ZENIOO	24
13.2.1.	Traitement de vos données personnelles par l'Association des assurés de Zenioo	24
13.2.2.	Traitement de vos données personnelles par Zenioo	24
13.3	AUTORITÉ CHARGÉE DU CONTRÔLE.....	24
13.4	PRESCRIPTION.....	24
13.5	SANCTION EN CAS DE FAUSSE DÉCLARATION	27
13.6	SUBROGATION.....	27
13.7	EXAMEN DES RÉCLAMATIONS - MÉDIATION	27
13.8	LOI APPLICABLE ET TRIBUNAUX COMPÉTENTS.....	27

1. DÉFINITIONS

Sauf stipulations contraires, les termes définis ci-après seront interprétés dans l'ensemble des documents contractuels de la manière suivante dès lors qu'ils commencent par une majuscule.

Actes de prévention

Ces actes sont définis par la liste fixée par l'arrêté du 8 juin 2006.

Les actes sont les suivants :

- 1° Scellement prophylactique des puits, sillons et fissures (SC8) sous réserve que :
 - L'acte soit effectué sur les premières et deuxième morales permanentes,
 - N'intervienne qu'une fois par dent,
 - Soit réalisé en cas de risques carieux et avant le quatorzième (14^e) anniversaire.
- 2° Un détartrage annuel complet sus et sous gingival (effectue en deux séances maximum) – AXI.
- 3° Un bilan du langage oral et/ou bilan d'aptitudes à l'acquisition du langage écrit (AM024) à condition qu'il s'agisse d'un premier bilan réalisé chez un enfant de moins de quatorze ans.
- 4° Dépistage hépatite B (code NABM 4713, 4714, 0323, 0351).
- 5° Dépistage une fois tous les cinq (5) ans des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans pour les actes suivants :
 - Audiométrie tonale ou vocale (CDQP010)
 - Audiométrie tonale avec tympanométrie (CDQP015)
 - Audiométrie vocale dans le bruit (CDQP011)
 - Audiométrie tonale ou vocale (CDQP012)
 - Audiométrie tonale avec tympanométrie (CDQP002)
- 6° L'acte d'ostéodensitométrie remboursable par l'assurance maladie obligatoire, sans préjudice des conditions d'inscription de l'acte sur la liste mentionnée à l'article L. 162-1-7. La prise en charge au titre du présent arrêté est limitée aux femmes de plus de 50 ans une fois tous les six (6) ans.
- 7° Les vaccinations suivantes (seules ou combinées) :
 - Diphtérie, tétanos et poliomyélite : tous âges,
 - Coqueluche : avant 14 ans,
 - Hépatite B : avant 14 ans,
 - BCG avant 6 ans,
 - Rubéole pour les adolescentes qui n'ont pas été vaccinées et pour les femmes non immunisées désirant un enfant,
 - Haemophilus influenzae B,Vaccination contre les infections invasives à pneumocoques pour les enfants de moins de 18 ans.

Adhérent

Personne physique membre de l'Association des assurés de Zenioo personnellement affilié à un régime d'assurance maladie obligatoire français qui adhère à la présente garantie.

Adhésion

L'adhésion au Contrat est constituée des éléments suivants :

- La Demande d'Adhésion.
- La présente Notice d'Information valant Conditions Générales qui définit les conditions d'application de l'adhésion au contrat, expose l'ensemble des Garanties proposées et pouvant être souscrites. Elle informe sur les risques non couverts et indique également la marche à suivre pour obtenir les remboursements.
- Le Certificat d'Adhésion qui matérialise l'acceptation de l'adhésion par l'Assureur et précise notamment les différentes conditions personnelles de l'adhésion, les personnes assurées, l'étendue et les modalités des Garanties effectivement souscrites.

- Le Tableau des Garanties qui précise les dépenses de santé couvertes.

Année d'adhésion

Période d'un (1) an qui sépare la date d'effet de l'adhésion de sa première date anniversaire ou deux dates anniversaires. Le point de départ de la 1^{ère} Année d'adhésion est la Date d'effet de l'adhésion portée au Certificat d'adhésion pour chaque Assuré.

Assuré

L'Adhérent et ses éventuels ayants droits Bénéficiaires des prestations affiliés dans un régime de base mentionnés dans le Certificat d'adhésion.

Association

L'Association des assurés de Zenioo (association régie par la loi du 1^{er} juillet 1901), dont l'objet social est précisé à l'article 4 de ses statuts et dont le siège social est situé 33 rue de la République 69002 Lyon, qui a souscrit le Contrat Zen Santé Equilibre pour le compte de ses Adhérents.

Assureur

La société Prévoir-Vie Groupe Prévoir, entreprise d'assurance mixte, garantit le risque remboursement complémentaire des dépenses de santé (branches 1 et 2 de l'article R. 321-1 du Code des assurances). D'un commun accord entre l'Assureur et l'Association, un mandat est confié à Génération pour accomplir l'ensemble des actes de gestion du Contrat ainsi que le versement des prestations.

Bénéficiaire(s) des prestations

L'Adhérent et ses ayants droit affiliés à un régime de base mentionnés dans le certificat d'adhésion.

Ses ayants droits sont au sens du présent contrat :

- Son époux ou épouse, son partenaire de PACS ou son concubin ;
- Leurs enfants à charge âgés de moins de 18 ans,
- Leurs enfants à charge âgés de 18 à 21 ans sous réserve :
 - qu'ils produisent un justificatif annuel de scolarité et qu'ils n'exercent pas d'emploi rémunéré à caractère permanent,
 - qu'ils soient en formation en alternance ou en contrat d'apprentissage (sous réserve de justificatif),
 - qu'ils soient inscrits au pôle emploi en tant que primo demandeur d'emploi (sous réserve de justificatif).

Base de Remboursement de la Sécurité Sociale (BRSS)

Tarif sur lequel sont calculés les remboursements effectués par le régime de base.

Cent pour Cent (100%) Santé

Dispositif par lequel les Bénéficiaires des prestations peuvent bénéficier de certaines prestations d'optique, d'aides auditives et de prothèses dentaires, intégralement remboursées par leur Régime de Base et leur complémentaire santé, sous réserve que les professionnels de santé respectent les tarifs maximums fixés. Les actes visés par ce dispositif constituent le panier 100 % Santé.

Certificat d'adhésion

C'est le document envoyé à l'Adhérent matérialisant l'acceptation de sa demande d'adhésion. Il précise les Bénéficiaires des prestations couverts au titre de l'adhésion, les garanties souscrites, ainsi que leur date de prise d'effet.

Contrat

Les contrats d'assurance collectifs à adhésion facultative Zen Santé Equilibre Madelin et non Madelin (référence **ZENSZE_0324**) souscrit par l'Association des assurés de Zenioo auprès de Prévoir.

Conjoint

L'époux ou l'épouse de l'Adhérent, non divorcé ni séparé de corps par un jugement définitif, le(a) concubin(e) notoire vivant de façon stable et continue sous le même toit que l'Adhérent ou le cosignataire d'un Pacte Civil de Solidarité avec l'Adhérent.

Date d'effet de l'adhésion

La date indiquée sur le Certificat d'adhésion et qui marque le point de départ des garanties choisies, sous réserve du paiement de la 1^{ère} cotisation.

Délégataire

Génération, en qualité de courtier délégataire, intervient dans le cadre de la distribution et de la gestion. Son siège social est situé 12 bis rue de Kérogan, 29080 Quimper Cedex 9, ci-après dénommé le Délégataire.

Garanties

Elles correspondent aux prestations assurées dans le cadre de la formule retenue, qui forment un tout indissociable et constituent ainsi les Garanties.

Grand Appareillage

Le Grand Appareillage comprend les podo-orthèses, les ortho-prothèses, les prothèses oculaires et faciales et les véhicules pour handicapés physiques (le titre II chapitres 5, 6 et 7 et le Titre IV de la LPPR).

Médecins conventionnés / non-conventionnés :

Les tarifs appliqués par les médecins varient selon qu'ils sont signataires ou pas de la convention médicale passée entre les représentants des professionnels de santé et la Sécurité Sociale. Sont conventionnés les médecins qui ont signé la convention médicale. Sont non-conventionnés ceux qui ne l'ont pas signée.

- Les médecins conventionnés de secteur 1 appliquent les tarifs fixés dans la convention médicale sans dépassement d'honoraires (sauf de manière exceptionnelle) ; Ces tarifs servent de base au remboursement de la Sécurité Sociale ;
- Les médecins conventionnés de secteur 2 peuvent être ou non adhérents à un Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisé (DPTAM) de type OPTAM ou OPTAM-CO (pour les chirurgiens et les obstétriciens) :
 - s'ils sont adhérents à un DPTAM, les médecins s'engagent à pratiquer des dépassements d'honoraires encadrés ; la Sécurité Sociale rembourse leurs actes sur la base des tarifs fixés dans la convention médicale (tarifs applicables aux médecins de secteur 1) et ne prend pas en charge les dépassements d'honoraires ;
 - s'ils ne sont pas adhérents à un DPTAM, les médecins fixent librement leurs tarifs et peuvent pratiquer les dépassements d'honoraires de leur choix ; la Sécurité Sociale rembourse leurs consultations et actes sur la base de tarifs fixés dans la convention médicale (tarifs applicables aux médecins de secteur 2) et ne prend pas en charge les dépassements d'honoraires.
- Les médecins non-conventionnés de secteur 3 pratiquent des tarifs libres ; la Sécurité Sociale rembourse leurs consultations et actes sur la base du Tarif d'autorité et ne prend pas en charge les dépassements d'honoraires.

Petit appareillage

Le Petit appareillage (orthèses) comprend les bandages, genouillères, ceintures, corsets, appareils de correction (attelles, etc.), semelles orthopédiques, chaussures adaptées, bas de contention etc., hors pansements et optique médicale.

Prix Limite de Vente

Le Prix Limite de Vente (PLV) d'un dispositif médical correspond au prix maximum de vente facturable par le professionnel de santé. A défaut de fixation d'un Prix Limite de Vente, le prix est libre. La base de remboursement de la majorité des dispositifs médicaux inscrits à la liste des produits et prestations et pris en charge par le régime de base est assortie d'un Prix Limite de Vente. Les lunettes, prothèses dentaires et les aides auditives retenues dans les paniers 100 % Santé ont des Prix Limite de Vente que les professionnels s'engagent à respecter pour que les Bénéficiaires des prestations puissent bénéficier d'un reste à charge nul sur ces équipements. Conformément au niveau de garanties du Bénéficiaire des prestations, l'Assureur interviendra, en complément du remboursement du Régime de base, sans que sa prise en charge ne puisse excéder les PLV.

Régime de Base (RB)

Régime légal de protection sociale français auquel est obligatoirement affilié le Bénéficiaire des prestations (Régime général de la Sécurité Sociale ; Régime des exploitants agricoles, Régime des salariés agricoles : MSA, régime d'Alsace-Moselle, régimes spéciaux).

Sécurité Sociale

Terme générique utilisé pour désigner le régime d'assurance maladie auprès duquel le Bénéficiaire des prestations est affilié.

Souscripteur

Le Souscripteur du contrat d'assurance de groupe auprès de l'Assureur est l'Association.

Ticket Modérateur (TM)

Quote-part restant à la charge de l'Assuré, égale à la différence entre la base de remboursement et les remboursements du régime de base.

2. DESCRIPTIF DES PRESTATIONS – TABLEAU DE GARANTIES

Les remboursements exprimés en pourcentage de la Base de Remboursement de la Sécurité Sociale (BRSS) et exprimés en euros incluent la prise en charge du Régime de Base.

Les forfaits intégrant une limite annuelle s'appliquent par Bénéficiaire des prestations et par année d'adhésion.

Toutefois, pour l'équipement optique, les prestations sont allouées par période de deux (2) ans à compter de la date d'acquisition de l'équipement optique, à l'exception des cas dans lesquels un renouvellement anticipé au bout d'un an est prévu notamment pour les enfants de moins de 16 ans et en cas d'évolution de la vue.

Pour les aides auditives, les prestations sont limitées à un équipement tous les 4 (quatre) ans par oreille à compter de la date d'acquisition de l'aide auditive.

Les remboursements ne peuvent dépasser les frais restants à la charge du Bénéficiaire des prestations. Les remboursements sont différents selon que votre praticien est adhérent ou non à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée.

Les garanties s'inscrivent dans le cadre du dispositif législatif des contrats d'assurances visés à l'article L.871-1 du Code de la Sécurité Sociale dits "contrats responsables". De ce fait, le remboursement ne pourra être inférieur au ticket modérateur pour les actes visés par le 1° de l'article R871-2 du Code de la Sécurité Sociale.

	Formule 2	Formule 3	Formule 3 Renforcée	Formule 4	Formule 5	Formule 6
HOSPITALISATION ⁽¹⁾						
Honoraires OPTAM ou OPTAM-CO						
↪ En 1 ^{ère} année	125 %	150 %	150 %	175 %	200 %	250 %
↪ En 2 ^{ème} année	135 %	160 %	160%	185 %	210 %	260 %
↪ En 3 ^{ème} année et +	150 %	175 %	175 %	200 %	225 %	275 %
Honoraires hors OPTAM ou OPTAM-CO	100 %	125 %	125 %	150 %	175 %	200 %
Forfait journalier hospitalier - Durée illimitée	Remboursement intégral					
Frais de séjour :	Remboursement intégral					
• Secteur conventionné	100 %					
• Secteur non conventionné						
Forfait patient urgence	100 %					
Chambre particulière : Montant forfaitaire par journée. Hors psychiatrie et ambulatoire - Limitée à 40 jours pour les soins de suite et de rééducation	-	-	45 €	45 €	60 €	70 €
Transport du malade	100 %					
SOINS COURANTS						
Honoraires médicaux OPTAM ou OPTAM-CO : Médecins généralistes et spécialistes, radiologie, imagerie, échographie, actes de spécialité et actes techniques médicaux (ATM)						
↪ En 1 ^{ère} année	100 %	100 %	125 %	125 %	150 %	200 %
↪ En 2 ^{ème} année	100 %	100 %	135 %	135 %	160 %	210 %
↪ En 3 ^{ème} année et +	125 %	125 %	150 %	150 %	175 %	225 %
Honoraires médiaux hors OPTAM ou OPTAM-CO : Médecins généralistes et spécialistes, radiologie, imagerie, échographie, actes de spécialité et actes techniques médicaux (ATM)	100 %	100 %	105 %	105 %	125 %	150 %
Hospitalisation à domicile	100 %					
Honoraires paramédicaux	100 %	100 %	125 %	125 %	125 %	150 %
Analyses et examens de laboratoire	100 %	100 %	125 %	125 %	125 %	150 %
Psychologues remboursés – MonPsy	100 %					
Médicaments remboursés par la Sécurité sociale	100 %					
Matériel médical remboursé par la Sécurité sociale : Prothèses orthopédiques, prothèses capillaires, gros et petit appareillage (bas de contention, semelles orthopédiques, orthèses, prothèse capillaire...)	100 %	100 %	125 %	125 %	150 %	175 %

	Formule 2	Formule 3	Formule 3 Renforcée	Formule 4	Formule 5	Formule 6
PRÉVENTION & BIEN-ÊTRE						
Forfait prévention : Ensemble des actes de prévention prévus dans le cadre de la réglementation des contrats responsables	50 € / an					
Consultations non remboursées par la Sécurité sociale – Médecine naturelle : Ostéopathe, étiopathe, diététicien, pédicure-podologue, tabacologue, psychomotricien, psychologue, ergothérapeute Dans la limite de 25 € par séance	-	-	35 € / bénéficiaire et par année d'adhésion	35 € / bénéficiaire et par année d'adhésion	55 € / bénéficiaire et par année d'adhésion	75 € / bénéficiaire et par année d'adhésion
OPTIQUE						
Un équipement de deux verres de classe A + Monture de classe A	Remboursement intégral					
Une monture de classe B avec 2 verres simples	100 €	100 €	150 €	150 €	200 €	250 €
Une monture de classe B avec au moins 1 verre complexe ou très complexe	200 €	200 €	250 €	250 €	300 €	350 €
Lentilles remboursées par la Sécurité sociale	100 %					
Forfait lentilles non remboursées par la Sécurité sociale	50 € / an	50 € / an	50 € / an	50 € / an	75 € / an	75 € / an
Chirurgie réfractive	100 € / œil					
DENTAIRE ⁽²⁾						
Soins dentaires, prophylaxie, parodontologie, prévention remboursés par la Sécurité sociale	125 %	125 %	150 %	150 %	175 %	200 %
Soins « 100 % Santé » remboursés par la Sécurité sociale	Remboursement intégral					
Plafond incluant tous les dépassements sur les actes prothétiques y compris inlay-onlay ⁽³⁾	800 €	800 €	1 000 €	1 000 €	1 200 €	1 400 €
Inlays-onlays remboursés par la Sécurité sociale hors cadre du panier de soins 100 % Santé * et entrant donc dans le champ des paniers honoraires modérés ou libres	125 %	125 %	150 %	150 %	175 %	200 %
Actes prothétiques et inlays-cores entrant dans le cadre du panier de soins 100 % Santé	Remboursement intégral					
Actes prothétiques hors cadre du panier de soins 100 % Santé et entrant donc dans le champ des paniers honoraires modérés ou libres						
↳ En 1ère année	150 %	150 %	200 %	200 %	250 %	275 %
↳ En 2 ^{ème} année	160 %	160 %	210 %	210 %	260 %	285 %
↳ En 3 ^{ème} année et +	175 %	175 %	225 %	225 %	275 %	300 %
Orthodontie prise en charge par la Sécurité sociale	100 %					
Implantologie, orthodontie, prothèses, parodontologie non remboursés par la Sécurité sociale	50 € / an	50 € / an	100 € / an	100 € / an	150 € / an	200 € / an
AIDES AUDITIVES						
Équipements 100 % Santé ⁽⁶⁾	Remboursement intégral					
Aides auditives appareil de classe 2, remboursés par la Sécurité sociale hors panier de soins 100 % Santé	100 %					

BRSS : Base de Remboursement de la sécurité sociale.

Panier de soins modérés : Pour le dentaire, des prix limites de vente sont applicables. Ils sont fixés par voie réglementaires.

Panier de soins libre : Pour le dentaire, possibilité de choisir librement les techniques et matériaux les plus sophistiqués sans que le dentiste ne soit obligé de respecter des prix limites de vente. Pas d'obligation d'une prise en charge intégrale. Remboursement sur la base du tarif de la sécurité sociale et du niveau de prestations prévu au contrat. Possible reste à charge élevé suivant le niveau de couverture.

(1) Le poste Hospitalisation est limité à 100 % BRSS pendant 1 mois sauf en cas de reprise à la concurrence avec des garanties équivalentes ou supérieures.

(2) Le poste Dentaire est limité au ticket modérateur et aux équipements 100 % Santé pendant 1 mois.

(3) Plafond de remboursement sur l'ensemble du poste dentaire hors soins, incluant les montants remboursés dans le panier 100 % Santé. Au-delà, la prise en charge est limitée au ticket modérateur et aux équipements 100 % Santé.

3. DISPOSITIONS GÉNÉRALES

3.1 OBJET DU CONTRAT

Le Contrat a pour objet de garantir à l'Adhérent et le cas échéant à ses ayants droit Bénéficiaires des prestations, le remboursement des frais médicaux et chirurgicaux qu'ils ont engagés, dans la limite des garanties et du niveau souscrit (cf. Descriptif des prestations). Il intervient en complément du régime de base.

Ce Contrat s'inscrit dans le cadre du dispositif législatif relatif aux contrats d'assurance complémentaire santé bénéficiant d'avantages fiscaux et sociaux prévu par l'article L. 871-1 du Code de la sécurité Sociale et ses textes d'application. En conséquence, aucune exclusion mentionnée au sein de la présente notice ne saurait s'appliquer aux obligations de prise en charge prévues aux articles R. 871-1 et R. 871-2 du Code de la sécurité sociale et les frais de santé donnant lieu à remboursement de la Sécurité Sociale sont garantis à minima à hauteur de 100% de la Base de Remboursement de la Sécurité Sociale (remboursement Sécurité Sociale inclus).

Ce Contrat respecte également les planchers et plafonds de garanties des contrats responsables ainsi que les conditions dans lesquelles peuvent être pris en charge les dépassements d'honoraires des médecins non adhérents aux Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée (DPTAM).

Dans le cadre de la réforme dite « 100% Santé », les dépenses de santé exposées dans le cadre du panier de soins « 100% Santé » sont intégralement prises en charge dans la limite des prix de vente fixés pour ce dispositif et après déduction du remboursement du Régime de Base.

Les garanties et niveaux de remboursement du Contrat seront automatiquement adaptés en fonction des évolutions législatives et réglementaires régissant les contrats responsables et solidaires.

L'Adhérent peut choisir l'une des six (6) formules de garantie.

3.2 DISPOSITIONS PROPRES AUX RELATIONS ENTRE L'ASSUREUR ET L'ASSOCIATION

Le contrat Zen Santé équilibre a pris effet le 1^{er} mars 2024 pour une première période d'un an s'achevant le 28 février 2025. Il se renouvelle ensuite par tacite reconduction le 1^{er} mars de chaque année pour des périodes successives d'un (1) an. A l'issue de cette première période d'un an, le Souscripteur peut procéder à la résiliation du Contrat à tout moment en la notifiant par lettre recommandée avec avis de réception. La résiliation prend effet un (1) mois après la date de notification par le Souscripteur.

De même, l'Assureur dispose d'une faculté de résiliation annuelle du Contrat. Il peut exercer cette faculté en adressant au Souscripteur une lettre recommandée avec avis de réception deux (2) mois au moins avant la date anniversaire de prise d'effet du Contrat.

L'Association ne participe en aucun cas à la gestion dudit Contrat. Il s'informe régulièrement pour le compte des Adhérents de son bon fonctionnement.

Les droits et obligations de l'Adhérent peuvent être modifiés par des avenants pour chacune des Conventions conclus entre l'Assureur et l'Association.

Une modification du Contrat peut être demandée par l'Association ou l'Assureur. L'assemblée générale de l'Association a seule qualité pour autoriser la modification des dispositions du Contrat.

L'assemblée générale peut toutefois déléguer au conseil d'administration de l'Association, par une ou plusieurs résolutions et pour une durée ne pouvant excéder dix-huit (18) mois, le pouvoir de signer un ou plusieurs avenants dans des matières que la résolution définit. Le conseil d'administration exerce ce pouvoir dans la limite de la délégation donnée par l'assemblée générale, et en cas de signature d'un ou plusieurs avenants, il en fait rapport à la plus proche assemblée.

Les Adhérents sont informés par écrit du contenu des modifications et, le cas échéant, de la dénonciation du Contrat trois (3) mois au minimum avant la date prévue de leur entrée en vigueur. L'Adhérent peut dénoncer son adhésion en raison de ces modifications.

La dénonciation du Contrat est sans effet sur les adhésions en cours ainsi que sur les droits aux prestations assurées, acquis avant la prise d'effet de la dénonciation.

D'un commun accord entre l'Assureur et l'Association, un mandat est confié au Déléataire pour accomplir l'ensemble des actes de gestion du Contrat ainsi que le versement des prestations.

Les statuts de l'Association ainsi que la liste des membres de son conseil d'administration sont disponibles sur simple demande adressée à l'Association ou sur le site internet : www.aaz-asso.fr

4. ADHÉSION ET VIE DE L'ADHÉSION

4.1 CONDITIONS D'ADHÉSION

4.1.1. Conditions s'appliquant à tous les Adhérents

Pour être assurables au titre du Contrat, l'Adhérent et ses éventuels ayants droit doivent être des personnes physiques résidant en France métropolitaine ou en Martinique, Guadeloupe et la Réunion.

Pour adhérer au Contrat, l'Adhérent doit être âgé d'au moins 55 ans et d'au plus 99 ans et son conjoint doit être âgé d'au moins 40 ans et d'au plus 99 ans à la date de signature de la demande d'adhésion.

Tous les membres d'une même famille doivent souscrire le même niveau de garantie.

Cependant, si chacun des membres d'un couple dispose d'un numéro de Sécurité Sociale distinct et souhaite un niveau de garantie différent de celui de son Conjoint, chaque membre du couple devra compléter sa propre demande d'adhésion pour adhérer individuellement au Contrat.

Les Bénéficiaires des prestations doivent être affiliés à l'un des Régimes de Base de la protection sociale française (cf. lexique).

Il est précisé que les garanties ne sont pas éligibles au dispositif de complémentaire santé solidaire prévu aux articles L. 861-1 et suivants du Code de la Sécurité Sociale.

4.1.2. Conditions supplémentaires en cas d'adhésion dans le cadre du dispositif Madelin

Si l'adhésion au contrat est souscrite dans le cadre du dispositif Madelin, les conditions supplémentaires suivantes doivent être respectées :

- Exercer une activité professionnelle en France métropolitaine ou Martinique, Guadeloupe et la Réunion,
- Être affilié à l'un des régimes obligatoires non agricoles des Travailleurs Non Salariés :
 - professionnel indépendant non agricole (revenus relevant des BIC ou BNC),
 - dirigeant non salarié relevant de l'article 62 du Code général des impôts,
- Être à jour du paiement de ses cotisations dues au titre des régimes légaux d'assurances obligatoires pendant toute la durée de l'adhésion, en vertu de l'article L. 615-4 du Code de la Sécurité sociale et fournir l'attestation de paiement des cotisations d'assurances obligatoires lors de l'adhésion et au renouvellement de celle-ci.

Article L 615-4 du Code de la Sécurité Sociale :

« Est entachée d'une nullité d'ordre public toute clause ou convention conclue par tout travailleur indépendant légalement tenu de cotiser à un régime d'assurance obligatoire garantissant les risques couverts à titre obligatoire par lesdits régimes, lorsque cette personne n'est pas à jour des cotisations dues à ce titre au moment de la conclusion ou du renouvellement du contrat. Ces dispositions ne s'appliquent pas pour les contrats d'assurance complémentaire en matière de santé.

Un décret en Conseil d'Etat précise les peines encourues par toute personne physique proposant ou faisant souscrire et tout assuré souscrivant une telle clause ou convention.

Les personnes condamnées pour avoir fait souscrire des clauses ou conventions entachées d'une nullité d'ordre public sont tenues solidairement responsables des cotisations obligatoires d'assurance maladie et d'assurance vieillesse qui auraient dû être versées par l'assuré depuis la date de la souscription desdites clauses ou conventions. »

4.2 FORMALITÉS ET DATE D'EFFET DE L'ADHÉSION

L'Adhérent doit compléter, signer et dater une demande d'adhésion, en indiquant la formule de garantie choisie et les éventuels ayants droit à garantir.

L'adhésion prend effet, sous réserve d'acceptation expressément notifiée par la délivrance d'un Certificat d'adhésion et du paiement de la 1^{ère} cotisation, à la date indiquée dans le Certificat d'adhésion et au plus tôt le lendemain de la réception au siège du Délégué de la demande d'adhésion complétée, datée et signée.

4.3 DROIT DE RENONCIATION

L'Adhérent dispose d'un délai de 14 (quatorze) jours calendaires révolus pour renoncer à son adhésion à compter de la date de conclusion de celle-ci (qui correspond à la date d'émission du certificat d'adhésion).

En cas de renonciation, les dispositions suivantes s'appliquent (sauf dispositions particulières rappelées ci-après):

- si des prestations ont été versées, la renonciation sera effective sous réserve du remboursement des montants éventuellement perçus dans un délai de 30 (trente) jours
- si des cotisations ont été perçues, l'Assureur les remboursera à l'Adhérent dans un délai de 30 (trente) jours.

4.3.1. Spécificités du droit de renonciation en cas de vente à distance

L'adhésion au Contrat sera considérée comme vendue à distance si elle est conclue au moyen d'une ou plusieurs techniques de commercialisation à distance (Exemple vente par téléphone ou Internet).

Conformément à l'article L. 112-2-1 du code des assurances, l'Adhérent dispose d'un délai de 14 (quatorze) jours calendaires révolus pour renoncer à son adhésion à compter de la date à laquelle il reçoit ses conditions contractuelles (qui correspond à la date d'émission du certificat d'adhésion).

Les frais afférents à la technique de commercialisation à distance sont à la charge de l'Adhérent (coûts des communications téléphoniques, connexions à Internet) et ne feront l'objet d'aucun remboursement.

4.3.2. Spécificités du droit de renonciation en cas de démarchage à domicile

En application de l'article L. 112-9 du code des assurances, l'Adhérent dispose d'un délai de 14 (quatorze) jours calendaires révolus pour renoncer à son adhésion à compter de la date de conclusion de celle-ci (qui correspond à la date d'émission du certificat d'adhésion). L'Adhérent ne peut plus exercer son droit de renonciation dès lors qu'il a connaissance d'un sinistre mettant en jeu les garanties du contrat.

4.3.3. Modalités d'exercice du droit de renonciation

Le courrier de renonciation devra être envoyé à :

Génération – Service individuel – 12 rue Kerogan - 29080 QUIMPER Cedex 9, en lettre recommandée avec avis de réception ou par voie de recommandé électronique.

Modèle de lettre de renonciation :

Je soussigné(e) [Nom, Prénom et N° d'Adhérent], demeurant à [Lieu] vous informe par la présente que je renonce à mon adhésion au contrat [Nom et N° d'adhésion au Contrat] que j'ai signée le [Date sous le format JJ/MM/AAAA].

Je souhaite donc qu'elle soit résiliée à compter de la date de réception de la présente lettre.

A..... Le

Signature

4.4 DATE D'EFFET DES GARANTIES

Le droit aux prestations est acquis à la date d'effet de l'adhésion ou de l'ajout d'un ayant-droit en cas de modification de la situation de la famille.

Aucun délai d'attente ne s'applique sur les Garanties.

4.5 DURÉE DE L'ADHÉSION

La garantie acquise est viagère sauf en cas de déclarations inexactes faites à l'adhésion ou de perte de la qualité d'assuré social affilié à un Régime de Base ou dans les cas définis à l'article 10. En cours d'adhésion, aucun Bénéficiaire des prestations ne peut être exclu de la garantie, ni voir sa cotisation majorée en raison d'une dégradation de son état de santé.

L'adhésion s'entend pour la durée d'un an, puis se renouvelle annuellement par tacite reconduction à la date anniversaire de la Date d'effet de l'adhésion, sauf résiliation dans les conditions prévues à l'article 10.

4.6 MODIFICATION DES GARANTIES

Après un an d'adhésion au Contrat, l'Adhérent peut demander la modification de sa garantie (pour une formule supérieure ou inférieure) une fois par an. **La première modification peut être demandée par l'Adhérent au plus tôt à la date anniversaire de son adhésion au contrat. La nouvelle formule prend effet à la date souhaitée par le membre participant sans pouvoir être à effet rétroactif.**

La demande de modification de la garantie, adressée au Délégataire, devra se faire par écrit.

En cas de changement de niveau au sein de la garantie, les prestations de la nouvelle formule s'appliquent.

5. AJOUT OU SUPPRESSION D'UN BÉNÉFICIAIRE DES PRESTATIONS

L'adjonction d'un nouveau Bénéficiaire des prestations est soumise aux formalités de l'article 4.2. Par ailleurs, le nouveau bénéficiaire doit correspondre à la définition qui en est donnée à l'article 1. Elle se fait au niveau de garantie alors en vigueur.

En cas d'adjonction d'un bénéficiaire, sa Garantie prendra effet à la date qui sera indiquée sur sa demande d'ajout et au plus tôt au lendemain de la date de réception de la demande d'ajout par le Délégataire.

L'acceptation d'un nouveau bénéficiaire est concrétisée par l'émission d'un nouveau Certificat d'adhésion précisant la date de prise d'effet de sa Garantie.

L'adjonction d'un enfant âgé de moins de deux (2) mois se fait sur simple demande accompagnée d'un justificatif (acte de naissance, copie du livret de famille). Il prend effet au jour de sa naissance.

La suppression d'un Bénéficiaire des prestations s'effectue sur simple demande de l'Adhérent.

L'adjonction ou la suppression d'un Bénéficiaire de prestations prend effet, si elle est acceptée, au plus tôt au lendemain, zéro heure, de la date de réception de la demande.

5.1 CHANGEMENT DE LA SITUATION DU BÉNÉFICIAIRE DES PRESTATIONS

L'Adhérent doit informer le Délégataire par écrit, dans le mois qui suit tout changement dans la situation d'un Bénéficiaire des prestations :

- d'un changement de situation familiale (mariage, décès, naissance, adoption, concubinage, pacte civil de solidarité (PACS), enfant de plus de 18 ans cessant d'être scolarisé, divorce etc.) sur présentation d'un justificatif : les modifications prennent effet le 1^{er} du mois suivant la demande ;
- d'un changement d'adresse : par défaut, les lettres adressées au dernier domicile connu produiront tous leurs effets ;
- d'un changement du département de résidence : les modifications tarifaires éventuelles liées au changement du département de résidence, prennent effet le 1^{er} jour du mois suivant la demande ;
- d'un changement de Régime de Base ;
- d'un changement de compte bancaire de prélèvement des cotisations.

6. GARANTIES

6.1 RISQUES COUVERTS

Les prestations garanties sont complémentaires aux prestations en nature des assurances maladie et maternité du Régime de Base du Bénéficiaire des prestations et leur attribution est subordonnée à la déclaration et à la prise en charge par cet organisme des frais engagés par le Bénéficiaire des prestations (sauf mention explicite dans le descriptif des prestations). Les prestations accordées par l'Assureur visent au remboursement des dépenses pour les types d'actes ci-après énumérés, sous réserve des exclusions figurant à l'article 8.

Seuls les frais expressément mentionnés à l'article 2 dans le descriptif des prestations sont pris en charge.

6.2 HOSPITALISATION

Le forfait hospitalier, mentionné à l'article 2 dans le descriptif de prestations, correspond au forfait journalier prévu à l'article L. 174-4 du Code de la Sécurité Sociale fixé par arrêté.

Seuls sont pris en charge les soins et séjours effectués au sein des établissements sanitaires. On entend par établissements sanitaires :

- les établissements de médecine, chirurgie, obstétrique ;
- les établissements et unités spécialisés :
 - de psychiatrie,
 - de soins de suite,
 - de réadaptation.

Pour pouvoir être indemnisé, le séjour doit donner lieu en outre à facturation du forfait journalier (sauf dans le cas de l'hospitalisation à domicile).

Les séjours en établissements ou unités spécialisées sont pris en charge même s'ils ne font pas suite à une hospitalisation.

Les prestations et séjours effectués au sein des établissements médico-sociaux ne sont pas prises en charge.

6.3 FONCTIONNEMENT DES PRESTATIONS DE L'ÉQUIPEMENT OPTIQUE

Le descriptif de prestations distingue les équipements de la classe A relevant du panier 100% Santé et les équipements de la classe B hors panier 100% Santé.

Les équipements classe A font l'objet d'une prise en charge renforcée telle que définie par l'article L. 165-1 du Code de la Sécurité Sociale, dans la limite des Prix Limite de Vente en application de l'article L. 165-3 du Code de la Sécurité Sociale, et sous déduction de la prise en charge du régime de base. En conséquence, une fois le remboursement effectué par la Sécurité Sociale et celui opéré au titre de votre contrat complémentaire, aucun reste à charge ne sera supporté par l'Adhérent (ou ses ayants droit).

Les équipements de classe B bénéficieront d'une prise en charge intervenant dans la limite fixée par les textes relatifs aux contrats responsables et conformément au niveau de garanties souscrit. Ainsi, un éventuel reste à charge pourra être supporté par l'Assuré.

Les montants en euros des forfaits optiques du descriptif de prestations intègrent la prise en charge du régime de base.

Lorsque l'Assuré choisi une monture de classe B, la prise en charge de la monture au sein de l'équipement est limitée à 100 (cent) euros.

6.3.1. Cas particulier pour les équipements mixtes

Les équipements mixtes sont composés d'une part, de verres, et d'autre part d'une monture, de classes différentes (classe A ou B).

Les montants hors panier 100% Santé mentionnés au sein du descriptif de prestations s'appliquent également lorsque l'Assuré opte pour un équipement composé d'une monture et des verres appartenant à des classes différentes.

Dans ces hypothèses, l'élément de classe B sera remboursé conformément au niveau de garantie souscrit, déduction faite du remboursement de l'élément de classe A.

6.3.2. Conditions de renouvellement

Les prestations sont allouées conformément à la législation en vigueur du contrat responsable et par période de deux ans contrat responsable et par période de 2 (deux) ans pour les actes du panier 100% Santé et pour les actes hors panier 100% Santé. Ce délai commence à courir à compter de la date d'acquisition de l'équipement optique (monture + verres).

Toutefois, pour les mineurs de moins de 16 ans, les prestations s'appliquent par période annuelle à compter de la date d'acquisition de l'équipement optique sur présentation d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique.

Les prestations s'appliquent par période de 6 (six) mois pour les enfants jusqu'à l'âge de 6 ans, uniquement en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur.

Dans les autres cas, les prestations s'appliquent par période annuelle.

6.3.3. Conditions de renouvellement anticipé

Les prestations sont allouées par période annuelle pour les personnes d'au moins 16 ans en cas de renouvellement complet de l'équipement justifié par une évolution de la vue. L'évolution de la vue est constatée soit par la présentation d'une nouvelle prescription médicale, soit lorsque l'opticien-lunetier adapte la prescription médicale lors d'un renouvellement de délivrance.

6.3.4. L'évolution de la vue

L'évolution de la vue est caractérisée par l'une des situations suivantes :

- Variations de la sphère ou du cylindre d'au moins 0,5 dioptrie d'un verre, ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des deux verres ;
- Variation d'au moins 0,5 dioptrie de l'addition (pour un verre), ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des deux verres en cas de presbytie et en l'absence de variation de la vision de loin ;
- Somme des variations (en valeur absolue) de loin et de près d'au moins 0,5 dioptrie (pour un verre), en cas de presbytie et en présence de variation de la vision ;
- Variation de l'axe du cylindre de plus de 20° pour un cylindre (+) inférieur ou égal à 1,00 dioptrie ;
- Variation de l'axe du cylindre de plus de 10° pour un cylindre (+) de 1,25 à 4,00 dioptries ;
- Variation de l'axe du cylindre de plus de 5° pour un cylindre (+) > 4,00 dioptries.

6.3.5. Cas particulier du renouvellement anticipé des verres

Aucun délai de renouvellement minimal des verres n'est applicable, sous réserve de la présentation d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique avec mention de la situation médicale particulière, dans les cas suivants :

- pour les personnes de moins de 16 ans en cas d'évolution de la vue ;
- pour toutes personnes en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières, précisées par l'arrêté du 3 décembre 2018 portant modification des modalités de prise en charge dispositifs médicaux et prestations associées pour la prise en charge d'optique médicale.

6.4 DENTAIRE

Le descriptif de prestations distingue les actes relevant du panier 100% Santé et les actes hors panier 100% Santé.

Sont visés par les actes du panier 100% Santé les actes définis par arrêté des Ministres chargés de la Santé et de la Sécurité Sociale dans la limite des honoraires de facturation fixés par la convention tels que prévue à l'article

16 / 28

L. 162-9 du Code de la Sécurité Sociale (Prix Limite de Vente), ou en l'absence de convention applicable, par le règlement arbitral prévu à l'article L. 162-14-2 du Code la Sécurité Sociale, et sous déduction de la prise en charge du régime de base.

Sont visés par les actes hors panier 100% Santé, les actes du panier à reste à charge modéré (avec des honoraires limites facturation, remboursement conformément au niveau de garanties de l'Assuré et dans la limite du Prix Limite de Vente) et les actes du panier à prix libre (absence d'honoraires limites de facturation, remboursement conformément au niveau de garanties de l'Assuré).

6.5 AIDES AUDITIVES

Le descriptif de prestations distingue les actes relevant du panier 100 % Santé et les actes hors panier 100 % Santé.

La prise en charge par l'Assureur des prestations Aides auditives est différente en fonction de la classe à laquelle appartient l'aide auditive, à savoir à la classe I ou la classe II.

Conformément à la réforme dite "100 % Santé", les aides auditives appartenant à la classe I font l'objet d'une prise en charge renforcée telles que définies à l'article L. 165-1 du Code de la Sécurité Sociale, dans la limite des Prix Limite de Vente en application de l'article L. 165-3 du Code de la Sécurité Sociale, et sous déduction de la prise en charge du régime de base. A ce titre, une fois le remboursement effectué par le régime de base et celui opéré au titre de votre Contrat complémentaire, aucun reste à charge ne sera supporté par le Bénéficiaire des prestations.

Les aides auditives de classe II bénéficieront d'une prise en charge intervenant dans la limite fixée par les textes relatifs aux contrats responsables et conformément au niveau de garanties souscrit. Ainsi, un éventuel reste à charge pourra être supporté par le Bénéficiaire des prestations.

La prise en charge est limitée à un équipement tous les 4 (quatre) ans par oreille à compter de la date d'acquisition de l'aide auditive et dans la limite du Prix Limite de Vente par aide auditive de classe I, dans la limite de 1 700 euros par aide auditive de classe II incluant la prise en charge du régime de base.

Conformément à la réforme dite "100% Santé", la périodicité de renouvellement de 4 (quatre) ans à compter de la dernière prise en charge de l'aide auditive par le régime de base tient compte des 4 (quatre) années antérieures.

7. ÉTENDUE TERRITORIALE DES GARANTIES

Les garanties sont accordées dans le monde entier **lors des séjours n'excédant pas trois mois par an**. Toutefois, l'indemnisation des soins effectués à l'étranger est subordonnée à la prise en charge par le régime de base en France.

Les remboursements de soins à l'étranger se font à hauteur du ticket modérateur uniquement pour les actes pris en charge par la Sécurité Sociale française.

Les règlements sont effectués en France et en euros.

8. DEMANDE DE REMBOURSEMENT

8.1 TÉLÉTRANSMISSION

Afin d'éviter l'envoi des décomptes papiers, le Délégué pratique la télétransmission informatique des décomptes de prestations du Régime de Base.

Lorsque celle-ci est opérationnelle, la mention "nous avons également transmis ces informations à votre organisme complémentaire" figure sur le décompte du Régime de Base du Bénéficiaire des prestations. Le service de télétransmission est un service gratuit. Cette liaison est réalisée à réception des attestations délivrées avec la carte Vitale de tous les Bénéficiaires des prestations inscrits.

Lorsque la télétransmission n'est pas opérationnelle, les Bénéficiaires des prestations doivent adresser à Délégataire les décomptes des prestations délivrés par le régime de base pour obtenir le règlement des prestations. En outre, pour obtenir le règlement des prestations dont les montants sont exprimés en euros (dentaire, optique...), le Bénéficiaire des prestations doit envoyer au Délégataire les factures acquittées pour les actes non pris en charge par le Régime de Base.

Dans tous les cas, le Délégataire peut subordonner le service des prestations à la communication préalable par le Bénéficiaire des prestations d'informations ou justificatifs complémentaires. **Le refus de communiquer les éléments demandés peut entraîner la perte de tous droits aux prestations (voir article 7.5).**

La date des soins prise en compte est celle retenue par le Régime de Base sur le décompte.

8.2 PRISE EN CHARGE EN CAS D'HOSPITALISATION

En cas d'hospitalisation dans toute la France dans un établissement conventionné (cliniques, hôpitaux publics et privés) pratiquant le tiers payant avec les caisses de Sécurité Sociale, le Délégataire délivre des prises en charge.

8.3 TIERS PAYANT

Le tiers payant permet aux Bénéficiaires des prestations d'éviter l'avance de la partie des dépenses de santé dans la limite de la Base de Remboursement de la Sécurité Sociale. Cette dispense résulte d'accords conclus par les établissements et les praticiens et les organismes sociaux en application de l'article L. 160-10 du Code de la Sécurité Sociale.

Le tiers payant est disponible dans tous les départements, ainsi qu'à Saint-Barthélemy et Saint-Martin (**territoire français**) et selon accords passés avec les praticiens.

Pour les prestations "Optique, Dentaire, prothèses auditives et Hospitalisation", le tiers payant évite l'avance des frais, dans la limite du garanties souscrites et dans la limite du Ticket Modérateur pour les autres actes.

8.4 DÉLAI DE VERSEMENT DES PRESTATIONS

Le remboursement en tout ou partie des frais engagés par le Bénéficiaire des prestations intervient dans les meilleurs délais à compter de la réception par le Délégataire de l'ensemble des pièces justificatives permettant de traiter la demande de paiement.

Les demandes de remboursements doivent être présentées dans un délai maximum de 2 (deux) ans à partir de la date de l'événement ouvrant droit à la prestation. Le délai est ramené à 3 mois en cas de résiliation de l'adhésion.

En cas de déclaration tardive causant un préjudice à l'Assureur, celui-ci a la possibilité de refuser le versement de la prestation demandée.

8.5 CONTRÔLE DES PRESTATIONS- DÉCHÉANCE DES GARANTIES

L'Assureur ou son Délégataire, peut demander au Bénéficiaire des prestations, par l'intermédiaire de son médecin conseil si besoin, tout renseignement ou document complémentaire qu'elle/il juge utile, et le cas échéant demander une expertise médicale, afin de permettre l'appréciation du droit aux prestations notamment en ce qui concerne le principe et la fréquence de l'engagement des dépenses et leur montant.

À peine de déchéance, le Bénéficiaire des prestations doit lui communiquer sans délai ces informations et se soumettre à toute expertise médicale éventuelle.

De convention expresse, le Bénéficiaire des prestations reconnaît le droit de subordonner la mise en jeu de la garantie au respect de ces conditions. En cas de refus du Bénéficiaire des prestations, l'Assureur ou son Délégataire pourra, s'opposer à la mise en jeu de la garantie.

Lorsque les informations sont demandées par le médecin conseil de l'Assureur ou du Délégataire, le Bénéficiaire des prestations les transmet sous pli confidentiel à ce dernier.

L'Assureur ou son Délégué peut également interroger la/les Caisse(s) Primaire(s) d'Assurance Maladie sur tout remboursement du Régime de Base ainsi que tout professionnel de santé sur toute facturation de soins au Bénéficiaire des prestations afin de confronter les décomptes et justificatifs fournis par ce dernier.

Le Bénéficiaire des prestations a la possibilité de se faire accompagner lors de l'expertise médicale par un médecin de son choix agréé, habilité et inscrit pour exercer la médecine. Les frais et honoraires du médecin que le Bénéficiaire des prestations a choisi, demeurent à sa charge.

En cas de désaccord entre le médecin du Bénéficiaire des prestations et le médecin conseil de l'Assureur ou du Délégué, les deux parties font appel à un troisième médecin pour les départager dans le mois suivant la décision rendue, et à l'avis duquel les parties doivent se ranger.

Les honoraires de ce 3e médecin sont supportés pour moitié par le Bénéficiaire des prestations et l'Assureur. Si l'une des parties empêche cette désignation, elle est réputée accepter les conclusions de l'autre partie.

En fonction du résultat de ces contrôles, l'Assureur ou son Délégué se réserve le droit de refuser au regard des dispositions de la présente notice, la prise en charge des soins dont le remboursement est demandé ou de réviser le montant de cette prise en charge.

De plus, en cas de fraude avérée, de refus de soumettre à une expertise ou de produire tout renseignement ou document complémentaire demandé, ou de production de documents incomplets, inexacts ou mensongers à l'occasion d'un sinistre ou du versement des prestations, l'Assureur ou son Délégué :

- **procède à la demande de restitution des frais versés à l'Adhérent le cas échéant ;**
- **procède à la résiliation de l'adhésion conformément à l'article 10.2 et se réserve le droit d'engager toute poursuite judiciaire qu'elle jugera utile.**

9. EXCLUSIONS

Ne sont pas pris en charge :

- **les frais relatifs aux soins effectués antérieurement à la date d'adhésion ou postérieurement à la date de cessation des garanties ;**
- **les séjours qui sont en cours à la date d'adhésion, dans tous types d'établissements;**
- **les séjours et frais relatifs aux établissements et services sociaux, médico-sociaux, médico-pédagogiques ; aux établissements ou unités de longs séjours ; aux établissements ou unités pour personnes âgées ;**
- **la chirurgie esthétique et les actes esthétiques non pris en charge par le régime de base ;**
- **les actes cotés hors nomenclature sauf mention contraire prévue dans le descriptif des prestations.**

Le Contrat qui est un contrat "responsable" ne couvre pas, conformément à l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité Sociale et ses textes d'application :

- **la participation forfaitaire instaurée par l'article L. 160-13-II du Code de la Sécurité Sociale et la franchise médicale instaurée par l'article L. 160-13-III du Code de la Sécurité Sociale ;**
- **les pénalités résultant du non-respect du parcours de soins, à savoir :**
 - **la majoration du ticket modérateur mentionnée à l'article L. 162-5-3 du Code de la Sécurité Sociale ;**
 - **les dépassements d'honoraires sur les actes cliniques et techniques pris en application du 18° de l'article L. 162-5 du Code de la Sécurité Sociale, à hauteur au moins du dépassement autorisé sur les actes cliniques ;**
- **Tout autre acte, prestation, majoration, franchise ou dépassement d'honoraire dont la prise en charge serait exclue par l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité Sociale et ses textes d'application.**

Aucune exclusion ne peut être opposée à la prise en charge des frais pour lesquels des obligations minimales de couverture sont fixées aux articles R. 871-1 et R. 871-2 du Code de la Sécurité Sociale.

10. LIMITE DE PRESTATIONS

Conformément à l'article 9 alinéa 1 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 et à l'article 2 alinéa 1 du décret n° 90-769 du 30 août 1990, les remboursements ou indemnisations des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge de l'assuré après les remboursements de toute nature auxquels il a droit et avant la prise en charge instaurée par l'article L. 861-3 du Code de la Sécurité Sociale.

Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit sa date de souscription. Dans cette limite, le Bénéficiaire des prestations peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix.

En tout état de cause, le cumul des remboursements obtenu du régime de base et des garanties complémentaires ne pourra dépasser les plafonds prévus par le dispositif du contrat "responsable".

11. RÉSILIATION DE L'ADHÉSION

11.1 RÉSILIATION PAR L'ADHÉRENT

L'Adhérent peut résilier son adhésion :

- à la date anniversaire de la prise d'effet de l'adhésion moyennant le respect d'un préavis de deux mois ; la résiliation prend effet la veille de l'échéance à 24 heures (article L. 113-12 du Code des assurances) ;
- à tout moment, après l'expiration d'un délai d'un an à compter de la prise d'effet de l'adhésion au Contrat ; la résiliation prend effet un mois après que l'Assureur en a reçu notification par l'Adhérent (L. 113-15-2 du Code des assurances) ;
- en cas de modification des conditions du Contrat à l'initiative de l'Assureur ou de l'Association des assurés de Zenioo (article L. 141-4 du Code des assurances) ;
- en cas de refus de l'augmentation de cotisations (révision tarifaire) selon les modalités prévues à l'article 11.3.

L'état de santé ne peut en aucun cas être pris en compte dans l'appréciation du risque.

En cas d'exercice d'une des facultés de résiliation précitées, l'Adhérent peut notifier sa demande via la fonctionnalité prévue à cet effet sur son espace adhérent. Le Délégué confirme la réception de la notification et informe l'Adhérent par tout support durable, dans des délais raisonnables, de la date à laquelle le contrat prend fin et des effets de la résiliation. La résiliation prend effet un mois à compter de la réception de cette notification ; les cotisations restent dues jusqu'à la date d'effet de la résiliation. En cas d'encaissement de cotisations pour la période non couverte, le Délégué sera tenu au remboursement de celles-ci dans un délai de trente (30) jours à compter de la date d'effet de la résiliation.

- en cas de résiliation par l'Adhérent à la date anniversaire du contrat, en utilisant tout support énuméré ci-avant et prévu par l'article L. 113-14 et suivants du code des assurances, avec un préavis de 2 (deux) mois adressée à Génération - Service individuel - 29080 QUIMPER Cedex 9 ; les cotisations restent dues pour la totalité de l'exercice ;
- en cas de non-paiement des cotisations : Cf. § « DÉFAUT DE PAIEMENT DES COTISATIONS ».

11.2 RÉSILIATION PAR L'ASSUREUR

L'Assureur ou son Délégué peut résilier l'adhésion :

- en cas de non-paiement des cotisations conformément à l'article 11.4 ;
- en cas de déclaration incomplète ou inexacte du risque à garantir, à l'adhésion ou en cours d'adhésion, dans les conditions prévues à l'article L. 113-9 du Code des assurances, la résiliation prenant effet 10 jours après la notification par l'Assureur ;

- en cas de fraude avérée, de refus de soumettre à une expertise ou de produire tout renseignement ou document complémentaire demandé ou de production de documents incomplets, inexacts ou mensongers à l'occasion d'un sinistre ou du versement des prestations, ou de production de documents incomplets, inexacts ou mensongers conformément à l'article 7.5.

La résiliation est signifiée par lettre recommandée adressée au dernier domicile connu de l'Adhérent. Les délais de notification de la résiliation partent du jour d'envoi de la lettre recommandée, le cachet de la Poste faisant foi.

11.3 RÉSILIATION DE PLEIN DROIT

L'adhésion est résiliée de plein droit :

- en cas de décès de l'Adhérent ;
- lorsque l'Adhérent ne dépend plus d'un Régime de Base français ou réside en dehors du territoire français plus de 3 mois par an en une ou plusieurs fois.

12. COTISATIONS

12.1 MONTANT DES COTISATIONS

Le montant de la cotisation est fonction du niveau de garantie choisi, du département de résidence principale de l'Adhérent, de la tranche d'âge des Bénéficiaires des prestations, de la composition familiale et du Régime de Base.

L'âge retenu pour la tarification et l'évolution annuelle de la cotisation est calculé par différence de millésimes entre l'année de l'adhésion (ou la date anniversaire de la Date d'effet de l'adhésion) et l'année de naissance des Bénéficiaires des prestations.

Cas particuliers :

Le montant de la cotisation d'un enfant Bénéficiaire des prestations n'évolue pas en fonction de l'âge jusqu'au 1^{er} janvier de l'année de ses 19 ans. A partir de cette date, il se verra ensuite appliquer une cotisation adulte.

A compter du 1^{er} janvier de l'année de ses 85 ans, la cotisation du Bénéficiaire des prestations n'évolue plus en fonction de l'âge.

12.2 PAIEMENT DES COTISATIONS

Les cotisations sont payables d'avance annuellement. Elles peuvent faire l'objet d'un fractionnement semestriel, trimestriel ou mensuel (**sauf paiement par chèque qui ne peut pas être mensuel ou trimestriel**).

Les cotisations peuvent être payées uniquement par l'Adhérent, son Conjoint, ses ascendants ou ses descendants.

12.3 RÉVISION TARIFAIRE

Indépendamment de l'évolution annuelle de la cotisation en fonction de l'âge, l'Assureur pourra être amené à réviser son tarif :

- soit du fait des résultats techniques du Contrat qui dépendent notamment de la composition du groupe assuré et de l'évolution de sa consommation médicale,
- soit du fait d'une modification des modalités de calcul et des conditions d'attribution des prestations de la Sécurité Sociale.

La nouvelle cotisation est applicable à la date d'anniversaire du contrat. L'Adhérent en est alors informé un (1) mois avant son entrée en vigueur par l'envoi de l'appel de cotisation. Il peut arriver, en cas de modification due à un changement des dispositions législatives ou réglementaires du régime de la Sécurité Sociale, que l'application du nouveau tarif soit immédiate. Dans ce cas, l'Adhérent en est informé par l'envoi d'une lettre indiquant le montant de la nouvelle cotisation.

En cas de révision tarifaire, l'Adhérent peut résilier l'adhésion dans les trente (30) jours suivant l'envoi de la révision tarifaire, la résiliation prenant effet la veille de la date d'application prévue de la révision tarifaire. Toutefois, dans

le cas où des prestations relatives à des actes dispensés après cette date auraient été versées, l'effet de la résiliation est reporté au jour du dernier acte pris en charge. La cotisation qui aurait été payable en son absence, au prorata du temps écoulé entre la date d'effet de la révision tarifaire et la date d'effet de la résiliation, reste due.

12.4 DÉFAUT DE PAIEMENT DES COTISATIONS

Lorsqu'une cotisation n'est pas payée dans les dix (10) jours de sa mise en paiement, l'Assureur ou son Délégué adresse à l'Adhérent une lettre recommandée valant mise en demeure. Cette lettre l'informe qu'à défaut de paiement, les garanties seront suspendues dans un délai de trente (30) jours après son envoi.

Si la cotisation due, ainsi que les cotisations venues à échéance depuis lors demeurent impayées dix (10) jours après la suspension des garanties, l'adhésion est alors résiliée sans autre avis.

L'article L. 113-3 du Code des assurances autorise également l'Assureur à réclamer le paiement des cotisations restant dues jusqu'à la prochaine échéance annuelle.

Des frais de recouvrement de vingt-cinq (25) euros sont appliqués par le Délégué au titre du non-paiement des cotisations.

Les garanties cessent à la date d'effet de la résiliation.

12.5 DÉDUCTIBILITÉ DES COTISATIONS AU TITRE DU DISPOSITIF MADELIN

Le travailleur non salarié non agricole en activité peut bénéficier de la déductibilité fiscale de ses cotisations au titre de son adhésion au Contrat, s'il remplit les conditions rappelées à l'article 4.1.2.

Principales caractéristiques du régime fiscal (indications non contractuelles)

Les cotisations complémentaires versées au titre de l'adhésion à ce Contrat, dans le cadre du dispositif Madelin, sont déductibles du bénéfice imposable dans la double limite suivante :

- [7 % du plafond annuel de la Sécurité sociale (1)] + [3,75 % x bénéfice imposable],
- et [3 % x 8 fois le plafond annuel de la Sécurité Sociale], soit 11 128,32 € pour 2024.

Exemple : un commerçant a réalisé un bénéfice imposable de 50 000 € sur l'année 2024.

En 2024, il pourra donc déduire au titre des cotisations d'un contrat santé et d'un contrat de prévoyance relevant du dispositif Madelin au maximum $[7 \% \times 46\,368 \text{ €}] (*) + [3,75 \% \times 50\,000] = 5\,120,76 \text{ €}$

46 368 € correspond au plafond annuel de la Sécurité sociale de l'année 2024.

Attention : la cotisation déductible au titre du dispositif Madelin correspond seulement à la cotisation de l'Adhérent Travailleur Non Salarié. La cotisation du conjoint et des enfants à charge n'ouvre droit à déductibilité que si ces derniers ont la qualité d'ayants droit du Régime d'assurance maladie de l'Adhérent Travailleurs Non Salarié.

13. DISPOSITIONS DIVERSES

13.1 TRAITEMENT ET PROTECTION DES DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL PAR GÉNÉRATION ET L'ASSUREUR

13.1.1. Collecte et finalités d'utilisation des données personnelles

Génération, responsable des traitements listés ci-dessous, met en œuvre des traitements de données à caractère personnel, notamment des données de santé, pour l'adhésion, la gestion et l'exécution des contrats d'assurance ainsi que pour les relations avec leurs clients.

Ces traitements de données à caractère personnel permettent notamment :

- L'adhésion et la gestion administrative et commerciale du Contrat,
- La gestion des sinistres/prestations.

L'Assureur et Génération, responsables conjoints des traitements listés ci-dessous, mettent en œuvre des traitements de données à caractère personnel, notamment des données de santé, pour la gestion et l'exécution des contrats d'assurance ainsi que pour les relations avec leurs clients. Ces traitements de données à caractère personnel permettent notamment :

- la gestion des réclamations,
- la réalisation de statistiques et d'études actuarielles,
- la détection, la prévention et la lutte contre la fraude,
- la réponse aux obligations légales.

Les données collectées, y compris les données de santé, sont indispensables à ces traitements et sont destinées aux services concernés de Génération et de l'Assureur, ainsi que, le cas échéant, à leurs sous-traitants, partenaires, prestataires, mandataires, ré-assureurs ou aux organismes professionnels concernés.

Les données collectées sont susceptibles d'être conservées pendant toute la durée de la relation contractuelle augmentée de la durée des prescriptions légales, et ce, en fonction du type de données collectées.

13.1.2. Conservation des données personnelles

Les données personnelles de l'Adhérent / l'Assuré sont conservées dans le cadre des finalités mentionnées ci-dessus et conformément aux obligations légales en vigueur pour une durée de 10 ans à compter du terme du Contrat.

13.1.3. Droits à la protection des données personnelles

Conformément à la loi « informatique et libertés », l'Adhérent / l'Assuré bénéficie d'un droit d'accès, de portabilité, de rectification, de suppression, d'opposition, de limitation au traitement des informations qui concernent l'Adhérent / l'Assuré, ainsi que du droit de définir des directives relatives au sort des données après le décès, qui peuvent être exercées par l'Adhérent / l'Assuré en adressant la demande par courrier à Génération à l'attention du DPO - 12 rue de Kerogan 29335 QUIMPER CEDEX ou par courriel à dpo@generation.fr, accompagnée d'une pièce d'identité.

La demande sera traitée par le Délégué à la Protection des Données personnelles. Concernant les données de santé, ces droits s'exercent en plus par courrier postal auprès du Médecin-conseil du Délégué 12 rue de Kerogan 29335 QUIMPER CEDEX

L'Adhérent / l'Assuré dispose de la faculté d'introduire une réclamation :

- En adressant un courrier à Génération, à l'attention du DPO, ou par courriel à dpo@generation.fr
- Sur le site de la CNIL en remplissant un formulaire de plainte en ligne ou par courrier postal en écrivant à : CNIL - 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07

Le responsable de traitement se réserve le droit de ne pas accéder à ces demandes si le traitement des données est nécessaire à l'exécution du Contrat, au respect d'une obligation légale ou à la constatation, l'exercice ou la défense de droits en justice.

Conformément à l'article L. 223-1 du Code de la consommation, l'Adhérent qui ne souhaite pas faire l'objet de prospection commerciale par voie téléphonique, en dehors de sa relation avec le Distributeur, peut s'inscrire, gratuitement, sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique sur le site www.bloctel.gouv.fr.

13.1.4. Sécurité

Génération et l'Assureur accordent la plus haute importance à la sécurité et à l'intégrité des données personnelles des Assurés et prospects et s'engagent à traiter les données personnelles en ayant recours à des mesures de sécurité appropriées sur le plan technique et au niveau de l'organisation.

13.2 TRAITEMENT ET PROTECTION DES DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL PAR L'ASSOCIATION DES ASSURÉS DE ZENIOO ET ZENIOO

13.2.1. Traitement de vos données personnelles par l'Association des assurés de Zenioo

L'Association des assurés de Zenioo fait très attention à vos données à caractère personnel et aux traitements qu'elle en fait.

A ce titre, vous trouverez ci-dessous des informations sur les modalités de traitement de vos données personnelles que vous soyez simple utilisateur du présent Site ou que vous soyez adhérents à l'Association.

Vous pouvez retrouver les modalités de traitement de vos données à caractère personnel directement sur notre site dans la rubrique « Politique de protection des données et gestion des cookies », accessible à l'adresse suivante : <https://www.aaz-asso.fr/rgpd/>

Vous pouvez contacter notre service à la protection des données à caractère personnel à l'adresse postale suivante 33 rue de la République – 69002 LYON ou par email à l'adresse suivante contact@aaz-asso.fr.

13.2.2. Traitement de vos données personnelles par Zenioo

Zenioo a la qualité de courtier en assurances, immatriculé à l'ORIAS sous le numéro 20 005 879 (informations consultables à l'adresse suivante : www.orias.fr).

Zenioo, responsable des traitements listés ci-dessous, met en œuvre des traitements de données à caractère personnel pour l'adhésion aux contrats d'assurance ainsi que pour les relations avec ses clients :

- l'étude des besoins de l'Adhérent / Assuré,
- la distribution du Contrat,
- la réalisation d'études marketing,
- la réponse aux obligations légales.

Les données collectées sont indispensables à ces traitements et sont destinées aux services concernés de Zenioo ainsi que, le cas échéant, à leurs sous-traitants, partenaires, prestataires, mandataires ou aux organismes professionnels concernés.

Les données collectées sont susceptibles d'être conservées pendant toute la durée de la relation contractuelle augmentée de la durée des prescriptions légales, et ce, en fonction du type de données collectées.

Zenioo a à cœur de traiter avec une grande attention vos données à caractère personnel.

Vous pouvez retrouver les modalités de traitement de vos données à caractère personnel directement sur notre site dans la rubrique « Politique de protection des données et gestion des cookies », accessible à l'adresse suivante : <https://zenioo.com/politique-donnees-personnelles-et-cookies/>

Notre Délégué à la protection des Données reste bien entendu à votre disposition pour tout complément d'information aux coordonnées suivantes :

- Par voie postale : 75 bis rue de Sèze - 69006 LYON (DPO de ZENIOO)
- Par email : dpo@zenioo.com

13.3 AUTORITÉ CHARGÉE DU CONTRÔLE

Conformément au Code des assurances, l'Assureur, le Distributeur et le Dégagataire sont soumis au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) située 4 Place de Budapest - CS 92459 - 75436 PARIS CEDEX 09.

13.4 PRESCRIPTION

La prescription est l'extinction d'un droit après un délai prévu par la loi. Toutes actions dérivant des présents contrats sont prescrites dans les délais et termes des articles suivants du Code des assurances.

Délai de prescription

Article L. 114-1

« Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance. Toutefois, ce délai ne court :

1) En cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'Assureur en a eu connaissance ;

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

Quand l'action de l'assuré contre l'assureur a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'assuré ou a été indemnisé par ce dernier. 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 2ème alinéa ci-dessus, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès de l'assuré. »

Causes d'interruption de la prescription

Article L. 114-2

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

Caractère d'ordre public de la prescription

Article L. 114-3

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

Les causes ordinaires d'interruption

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription visées à l'article L. 114-2 précité sont celles prévues selon les termes et conditions des articles suivants du Code civil :

• Reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait

Article 2240 du Code civil

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

• Demande en justice

Article 2241 du Code civil

« La demande en justice, même en référé, interrompt le délai de prescription ainsi que le délai de forclusion.

Il en est de même lorsqu'elle est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure. »

Article 2242 du Code civil

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

Article 2243 du Code civil

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

Mesure conservatoire et acte d'exécution forcée

Article 2244 du Code civil

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

Étendue de la prescription quant aux personnes

Article 2245 du Code civil

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

Cette interpellation ou cette reconnaissance n'interrompt le délai de prescription, à l'égard des autres codébiteurs, que pour la part dont cet héritier est tenu. Pour interrompre le délai de prescription pour le tout, à l'égard des autres codébiteurs, il faut l'interpellation faite à tous les héritiers du débiteur décédé ou la reconnaissance de tous ces héritiers. »

Article 2246 du Code civil

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

Les causes de report du point de départ ou les causes de suspension de la prescription visées à l'article L. 114-3 du Code des assurances sont énumérées aux articles 2233 à 2239 du Code civil reproduits ci-après dans leur version en vigueur au 1er janvier 2019 :

Article 2233 du Code civil

« La prescription ne court pas :

- 1. À l'égard d'une créance qui dépend d'une condition, jusqu'à ce que la condition arrive ;*
- 2. À l'égard d'une action en garantie, jusqu'à ce que l'éviction ait lieu ;*
- 3. À l'égard d'une créance à terme, jusqu'à ce que ce terme soit arrivé. »*

Article 2234 du Code civil

« La prescription ne court pas ou est suspendue contre celui qui est dans l'impossibilité d'agir par suite d'un empêchement résultant de la loi, de la convention ou de la force majeure. »

Article 2235 du Code civil

« Elle ne court pas ou est suspendue contre les mineurs non émancipés et les majeurs en tutelle, sauf pour les actions en paiement ou en répétition des salaires, arrérages de rente, pensions alimentaires, loyers, fermages, charges locatives, intérêts des sommes prêtées et, généralement, les actions en paiement de tout ce qui est payable par années ou à des termes périodiques plus courts. »

Article 2236 du Code civil

« Elle ne court pas ou est suspendue entre époux, ainsi qu'entre partenaires liés par un pacte civil de solidarité. »

Article 2237 du Code civil

« Elle ne court pas ou est suspendue contre l'héritier acceptant à concurrence de l'actif net, à l'égard des créances qu'il a contre la succession. »

Article 2238 du Code civil

« La prescription est suspendue à compter du jour où, après la survenance d'un litige, les parties conviennent de recourir à la médiation ou à la conciliation ou, à défaut d'accord écrit, à compter du jour de la première réunion de médiation ou de conciliation. La prescription est également suspendue à compter de la conclusion d'une convention de procédure participative ou à compter de l'accord du débiteur constaté par l'huissier de justice pour participer à la procédure prévue à l'article L. 125-1 du Code des procédures civiles d'exécution.

Le délai de prescription recommence à courir, pour une durée qui ne peut être inférieure à six mois, à compter de la date à laquelle soit l'une des parties ou les deux, soit le médiateur ou le conciliateur déclarent que la médiation ou la conciliation est terminée. En cas de convention de procédure participative, le délai de prescription recommence à courir à compter du terme de la convention, pour une durée qui ne peut être inférieure à six mois. En cas d'échec de la procédure prévue au même article, le délai de prescription recommence à courir à compter de la date du refus du débiteur, constaté par l'huissier, pour une durée qui ne peut être inférieure à six mois. »

Article 2239 du Code civil

« La prescription est également suspendue lorsque le juge fait droit à une demande de mesure d'instruction présentée avant tout procès.

Le délai de prescription recommence à courir, pour une durée qui ne peut être inférieure à six mois, à compter du jour où la mesure a été exécutée. Ces différents articles peuvent évoluer en cours de vie du contrat. »

(Articles reproduits selon leur rédaction à la date d'édition de la présente notice)

13.5 SANCTION EN CAS DE FAUSSE DÉCLARATION

Les déclarations faites par l'Adhérent pour lui-même et les autres Bénéficiaires des prestations servent de base à l'adhésion. En cas de réticence, omission ou déclaration fausse ou inexacte intentionnelle ou non lors de l'adhésion ou lors de la déclaration de sinistre, seront appliquées selon les cas, les dispositions des articles L. 113-8 (nullité du contrat), L.113-9 (réduction des indemnités) du Code des assurances.

13.6 SUBROGATION

En cas de sinistre provoqué par un tiers responsable, l'Assureur exercera son recours contre le tiers responsable à concurrence des prestations et indemnités versées au Bénéficiaire des prestations.

13.7 EXAMEN DES RÉCLAMATIONS - MÉDIATION

En cas de difficulté dans l'application du Contrat, l'Adhérent ou le Bénéficiaire des prestations (ci-après le Réclamant) peut adresser une réclamation au Délégitaire, au travers de l'un des canaux de contacts suivants :

- par Internet via l'adresse www.generation.fr et le formulaire « adresser une réclamation à Génération » ;
- par courrier Génération - Service individuel - 29080 QUIMPER Cedex 09.

Il est recommandé au Réclamant de détailler de la manière la plus précise possible les motifs de sa réclamation et d'indiquer le numéro de son adhésion.

Génération en accusera réception dans un délai maximum de 10 jours ouvrables à compter de la date d'envoi (sauf si une réponse a pu lui être apportée au cours de ce délai) et apportera au Réclamant une réponse définitive dans un délai maximum de deux (2) mois.

À défaut de réponse dans le délai de deux (2) mois ou si un désaccord subsiste, le Réclamant peut, avant toute demande en justice, saisir le Médiateur de l'Assurance dans un délai d'un (1) an à compter de la date de sa réclamation écrite au Délégitaire :

- soit via le formulaire à disposition sur le site : www.mediation-assurance.org,
- soit par courrier postal l'adresse suivante : Médiation de l'Assurance TSA 50010, 75441 PARIS CEDEX 09

13.8 LOI APPLICABLE ET TRIBUNAUX COMPÉTENTS

Le Contrat est régi par le code des assurances. Le droit applicable au Contrat est le droit français en tant que droit de l'État de la résidence principale et habituelle de l'Adhérent à la date de signature de la demande d'adhésion.

Dans toutes les hypothèses où un choix de loi applicable au Contrat serait ouvert, l'Adhérent convient que la loi applicable au Contrat est la loi française.

Toutes modifications et évolutions législatives ou réglementaires s'imposeront au Contrat dans les conditions fixées par les textes.

Toutes les contestations relatives à l'interprétation, la validité, et l'exécution du Contrat relèvent de la compétence des tribunaux français.

Zenioo : Distributeur du contrat

SAS au capital de 1 267 431 € - 6 Cours André Philip 69100 Villeurbanne - Immatriculée sous le n° 884 782 582 RCS Lyon et n° 20 005 879 ORIAS - www.orias.com

Génération : Déléataire de gestion

SAS au capital de 102 766,40 € - 12 bis rue de Kérogan, 29080 Quimper Cedex 9 - Immatriculée sous le n° 410 069 066 RCS Quimper et n° 07 000 842 ORIAS - www.orias.com

Association des assurés Zenioo : Souscripteur du contrat

Association loi de 1901 - 33 rue de la République 69002 Lyon

PREVOIR : Assureur du contrat

PREVOIR-VIE GROUPE PREVOIR, SA au capital de 81 000 000 euros - 343 286 183 RCS PARIS - Entreprise régie par le Code des assurances - Siège social : 19 rue d'Aumale - CS 40019 - 75306 Paris Cedex 09





INFORMATIONS RÉGLEMENTAIRES ZENIOO

Zenioo est une Société par actions simplifiées au capital de 1 267 431 euros, immatriculée au RCS de LYON sous le numéro 884 782 582 dont le siège social est situé au 6 cours André Philip – 69100 VILLEURBANNE.

Zenioo a la qualité de courtier en assurances, immatriculé à l'ORIAS sous le numéro 20 005 879 (informations consultables à l'adresse suivante : www.orias.fr).

L'autorité en charge du contrôle de ses opérations est l'ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution) située 4 place de Budapest, CS 92459, 75436 PARIS CEDEX 09.

Cette annexe à votre notice d'information en fait partie intégrante et vous permet d'obtenir l'accès aux informations sur la manière dont Zenioo réalise :

- Le traitement des réclamations
- Le traitement de vos données à caractère personnel.

Traitement des réclamations By Zenioo

La satisfaction des clients est au cœur de nos préoccupations. Hélas, malgré notre volonté de vous servir au mieux, vous avez pu rencontrer des difficultés dans le cadre de votre expérience avec Zenioo.

Si vous souhaitez nous les partager, nous restons, avec nos partenaires, à votre entière écoute pour vous apporter la meilleure solution possible.

Pour savoir comment vous pouvez formuler une réclamation et retrouver toutes les mentions d'information relative au traitement des réclamations par Zenioo, nous vous invitons à consulter la rubrique « traitement des réclamations » sur notre site, accessible à l'adresse suivante : <https://zenioo.com/gestion-de-reclamations/>

Traitement de vos données personnelles By Zenioo

Zenioo a à cœur de traiter avec une grande attention vos données à caractère personnel.

Vous pouvez retrouver les modalités de traitement de vos données à caractère personnel directement sur notre site dans la rubrique « Politique de protection des données et gestion des cookies », accessible à l'adresse suivante : <https://zenioo.com/politique-donnees-personnelles-et-cookies/>

Notre Délégué à la protection des Données reste bien entendu à votre disposition pour tout complément d'information aux coordonnées suivantes :

- Par voie postale : 6 cours André Philip – 69100 VILLEURBANNE (DPO de Zenioo)
- Par email : dpo@zenioo.com.



Informations réglementaires sur l'Association des assurés de Zenioo

L'Association des assurés de Zenioo est une association ayant notamment pour objet social d'étudier, négocier et souscrire des contrats collectifs d'assurance de personnes (ex : assurance santé, assurance prévoyance, assurance emprunteur), notamment des produits d'assurances co-conçus par des organismes d'assurances et le courtier en assurance grossiste Zenioo, en faveur de ses Membres, ainsi que des contrats collectifs d'assurance accessoires auxdits contrats collectifs d'assurance de personnes (ex : assistance, protection juridique) (ci-après dénommés « Contrats collectifs »).

Cette annexe à votre notice d'information en fait partie intégrante et vous permet d'obtenir l'accès aux informations sur :

- la manière dont l'Association des assurés de Zenioo réalise le traitement de vos données à caractère personnel
- le règlement intérieur ainsi que les statuts de l'association.

Le règlement intérieur ainsi que les statuts de l'Association des assurés de Zenioo (AaZ)

L'Association des assurés de Zenioo met à votre disposition, sur son site internet www.aaz-asso.fr, la dernière version à jour de ses statuts et de son règlement intérieur.

Pour **consulter les statuts et le règlement intérieur**, vous pouvez vous rendre sur notre site dans la rubrique « Documents statutaires », accessible à l'adresse suivante : <https://www.aaz-asso.fr/statuts/>

Le traitement de vos données personnelles par l'Association des assurés de Zenioo (AaZ)

L'Association des assurés de Zenioo fait très attention à vos données à caractère personnel et aux traitements qu'elle en fait.

A ce titre, vous trouverez ci-dessous des informations sur les modalités de traitement de vos données personnelles que vous soyez simple utilisateur du présent Site ou que vous soyez adhérents à l'Association.

Vous pouvez retrouver les modalités de traitement de vos données à caractère personnel directement sur notre site dans la rubrique « Politique de protection des données et gestion des cookies », accessible à l'adresse suivante : <https://www.aaz-asso.fr/rgpd/>

Vous pouvez contacter notre service à la protection des données à caractère personnel à l'adresse postale suivante 33 rue de la République – 69002 LYON ou par email à l'adresse suivante contact@aaz-asso.fr.