

NOTICE D'INFORMATION

LDEN SANTÉ — KIASSURE —

SOMMAIRE

| |
|--|
| ARTICLE 1 – PRÉAMBULE |
| ARTICLE 2 – OBJET DE L'ADHÉSION |
| ARTICLE 3 – CONDITIONS D'ADHÉSION |
| ARTICLE 4 – MODALITES D'ADHESION |
| ARTICLE 5 – PRISE D'EFFET ET DUREE DE L'ADHESION |
| ARTICLE 6 – RESILIATION DE L'ADHESION |
| ARTICLE 7 – DÉCLARATIONS |
| ARTICLE 8 – CONDITIONS DES GARANTIES |
| ARTICLE 9 – PRISE D'EFFET DES GARANTIES |
| ARTICLE 10 – ETENDUE TERRITORIALE DES GARANTIES |
| ARTICLE 11 – OBJET, MONTANT ET CONTENU DES GARANTIES |
| ARTICLE 12 – PRÉCONISATION SUR L'APPLICATION DU 100% SANTÉ |
| ARTICLE 13 – CADRE JURIDIQUE DU CONTRAT DIT RESPONSABLE |
| ARTICLE 14 – MODIFICATIONS DES GARANTIES |
| ARTICLE 15 – AJOUT OU SORTIE DES AYANTS DROIT |
| ARTICLE 16 – EXCLUSIONS |
| ARTICLE 17 – ADAPTATION DE L'ADHÉSION PAR SUITE DE MODIFICATIONS DU RÉGIME DE BASE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE |
| ARTICLE 18 – PRESTATIONS |
| ARTICLE 19 – CONTROLE, PROCÉDURE D'EXPERTISE ET ARBITRAGE |
| ARTICLE 20 – COTISATIONS |
| ARTICLE 21 – SUBROGATION |
| ARTICLE 22 – PRESCRIPTION |
| ARTICLE 23 – EXAMENS DES RÉCLAMATIONS ET PROCEDURE DE MEDIATION |
| ARTICLE 24 – INFORMATIQUE ET LIBERTÉS |
| ARTICLE 25 – AUTORITE DE CONTRÔLE |
| ARTICLE 26 – OPPOSITION AU DEMARCHAGE TELEPHONIQUE |
| ARTICLE 27 – DROIT DE RENONCIATION |
| ARTICLE 28 – TAUX DE REDISTRIBUTION ET DE FRAIS DE GESTION |
| ARTICLE 29 – FAUSSE DÉCLARATION |
| ARTICLE 30 – DÉCHÉANCE |
| ARTICLE 31 – JURIDICTION COMPÉTENTE |

ARTICLE 1 – PRÉAMBULE

Le contrat d'assurance frais de santé **GOLDEN SANTÉ** est un contrat collectif d'assurance à adhésion facultative individuelle, régi par les articles L 141-1 et suivants du Code des assurances et la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989. Ce contrat est dénommé ci-après le contrat groupe.

Il se compose des documents suivants :

- La présente Notice d'information à laquelle est adjointe celle relatives à la garantie **MUTUAIDE** ainsi que l'IPID, qui définissent les garanties, les engagements réciproques ainsi que les dispositions relatives à la vie du contrat,
- Le certificat d'adhésion, qui retrace les éléments personnels de l'Adhérent, ses déclarations et les garanties qu'il a souscrites,
- Le tableau des garanties, qui détaille l'ensemble des postes de remboursement et leurs montants.

L'ensemble de ces documents constitue de façon indissociable le contrat groupe auquel les parties s'engagent. Elles ne pourront se prévaloir de l'un d'entre eux séparément de tous les autres. Le contrat groupe est soumis à la loi française et toute action judiciaire afférente sera du ressort exclusif des tribunaux français.

Le souscripteur est l'**ASSOCIATION COPERNIC POUR L'ASSURANCE (ACPA)**, ci-après dénommée l' "ASSOCIATION", régie par la loi du 1er juillet 1901, dont le siège est situé **au 76 rue de la Pompe 75116**, pourvue de la qualité d'association souscriptrice de contrats collectifs d'assurance auprès de l'assureur, au profit de ses Adhérents.

Le distributeur est **KIASSURE, 27 Place aux huiles – 13001 MARSEILLE – SAS** au capital de 20 000 € – RCS de Marseille 825 261 522 – Intermédiaire en assurance immatriculé en France auprès de l'ORIAS sous le n°17 001 652. Entreprise régie par le Code des assurances.

L'assureur des garanties Santé est **ACHEEL – Société Anonyme** au capital de 46 812,48 euros – Entreprise régie par le Code des assurances – RCS Paris n°879605350 – Siège Social : **128 rue La Boétie – 75008 Paris**, soumise au contrôle de l'ACPR – 4 Place de Budapest CS 92459 75436 PARIS CEDEX 09, ci-après dénommée l' "Assureur",

Cet organisme assureur délègue la gestion des contrats à **KIASSURE, SAS** au capital de 20.000 €, Immatriculée au RCS de Marseille sous le SIREN n° 825 261 522 et enregistrée à l'ORIAS sous le numéro 17001652 (site web : www.orias.fr), dont le siège social est sis 27 Place aux huiles – 13001 MARSEILLE, soumise au contrôle de l'ACPR – 4 Place de Budapest CS 92459 75436 PARIS CEDEX 09, ci- après dénommé le "Gestionnaire".

Cet organisme assureur délègue la gestion des Prestations santé à **CENTRE DE PREVOYANCE MEDICO-SOCIALE (CPMS)**, Société de Gestion et de Courtage d'Assurance au capital de 2 729 468 euros, immatriculée au RCS de PARIS B 97 B 14894 – Siret 414 357 889 00040, inscrite auprès de l'ORIAS sous le n° 07 001 007, dont le siège social est sis 4, Rue Auber – 75009 PARIS, disposant d'une Garantie Financière et Responsabilité Civile Professionnelle conformes aux articles L. 512-6 et L. 512-7 du Code des Assurances.

ARTICLE 2 – OBJET DE L'ADHÉSION

Le contrat **GOLDEN SANTÉ** est composé de 5 formules responsables, et a pour objet de vous garantir le remboursement de frais médicaux, chirurgicaux et / ou d'hospitalisation constatés médicalement, et occasionnés par l'un des événements suivants :

- Maladie ;
- Maternité ;
- Accident.

Certaines prestations non couvertes par votre Régime obligatoire peuvent faire l'objet d'une participation de notre part si elles sont prévues par les garanties souscrites.

Les remboursements sont fonction des garanties choisies et indiquées dans le certificat d'adhésion. Ils ne peuvent en aucun cas être supérieurs aux dépenses réelles.

Le descriptif de l'ensemble des garanties est annexé à la présente notice d'information.

ARTICLE 3 – CONDITIONS D'ADHÉSION

L'admission au Contrat groupe en qualité d'Adhérent est réservée aux personnes physiques respectant les conditions cumulatives suivantes :

- Être adhérentes à l'**ASSOCIATION COPERNIC POUR L'ASSURANCE (ACPA)**,
- Relever du Régime Obligatoire français,
- Résider en France métropolitaine, y compris Corse, **hors DROM COM et hors Monaco**,
- Être signataire adhérent principal de la demande d'adhésion âgé de 18 ans inclus à 85 ans inclus.

Les frontaliers résidant en France et travaillent à l'étranger n'entre pas dans le cadre de souscription de ce contrat.

Ce contrat n'est pas éligible au dispositif de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé prévue aux articles L.863-1 et suivants du Code de la sécurité sociale

ARTICLE 4 – MODALITES D'ADHESION

Le demandeur à l'assurance après avoir reçu et pris connaissance du bulletin d'adhésion, de la présente Notice d'information, de l'IPID (Document Information Produit) et du tableau de garanties, remplira avec soin un bulletin d'adhésion.

Il devra désigner ses ayants droit, parmi :

- Son conjoint,
 - Personne avec laquelle il est marié non divorcé et non séparé de corps judiciairement,
 - Son concubin, sous réserve d'une attestation sur l'honneur de vie maritale,
 - Son partenaire de PACS, sous réserve de la production d'une attestation d'inscription de la déclaration du Pacte Civil de Solidarité,
 - Âgé de 18 ans inclus à 85 ans inclus.
- Ses enfants,
 - Âgés de moins de 18 ans, reconnus à sa charge ou à celle de son conjoint au sens du régime de base duquel relève l'assuré ou son conjoint,
 - Âgés de 18 à 26 ans inclus, sous réserve :
 - Qu'ils produisent un justificatif annuel de scolarité et 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,
 - Sans limite d'âge si l'enfant bénéficie des allocations pour personnes handicapées prévues par la loi n°2005-12 du 11 février 2005.

Pour pouvoir bénéficier immédiatement de la garantie dès le 1er jour de sa naissance, le nouveau-né doit être déclaré à **KIASSURE** dans les 30 jours de sa naissance. A défaut, la garantie est acquise à compter du jour de la réception de la demande d'ajout de bénéficiaire.

Le demandeur devra également indiquer ses souhaits de niveau de garanties afin d'être orienté vers l'offre qui lui soit la plus appropriée. L'offre choisie, identique pour ses ayants droit, est indiquée au Certificat d'adhésion.

En cas de non-respect des conditions d'adhésion au contrat GOLDEN SANTÉ, l'Adhérent s'expose aux sanctions prévues aux articles L. 113-8 et L. 113-9 du Code des assurances.

Aucune formalité médicale n'est exigée en cas d'adhésion au contrat, quel que soit le niveau de garanties choisi.

Toute adhésion au contrat nécessite au préalable d'adhérer à l'ASSOCIATION COPERNIC POUR L'ASSURANCE (ACPA) dont la cotisation annuelle en vigueur sera prélevée selon la même périodicité que celle choisie pour le paiement de la cotisation d'assurance. À ce titre, l'adhérent recevra une copie des statuts de l'association.

ARTICLE 5 – PRISE D'EFFET ET DUREE DE L'ADHESION

L'adhésion est réputée conclue au jour de la signature par l'adhérent du Certificat d'Adhésion.

Le contrat prend effet à compter du jour indiqué au certificat d'adhésion, sous réserve d'acceptation du dossier et du paiement de la première cotisation, pour une période initiale de 12 mois.

L'adhésion se renouvelle ensuite par tacite reconduction à chaque échéance nouvelle de contrat, sauf en cas de résiliation dans les conditions des articles 6, 14 et 20 de la présente notice d'information. Néanmoins, les garanties d'assurance ont, sous réserve du paiement intégral des cotisations, et sous l'express condition qu'une réglementation impérative l'impose, un caractère viager dès l'adhésion.

Sous réserve qu'ils aient été déclarés **à KIASSURE** dans les délais prévus, les garanties prennent effet pour les ayants droit :

- À la même date que les garanties de l'Adhérent,
- À la date à laquelle ils répondent aux conditions d'ayants droit,
- Au jour où est intervenu le changement de situation familiale conformément aux articles 7-2 et 20-2 de la présente notice,
- À défaut, à la date de l'accord de l'organisme assureur.

ARTICLE 6 – RESILIATION DE L'ADHESION

L'adhésion peut être résiliée dans les circonstances et les délais précisés ci-dessous.

6.1. Formes de la résiliation

Lorsque la résiliation vient de l'Adhérent, selon les conditions prévues à l'article L113-14 du Code des Assurances, elle doit se faire par :

- Lettre recommandée ou mail électronique recommandé ou tout autre support durable : 27 Place aux huiles – 13001 MARSEILLE ou à l'adresse électronique contact@kiassure.com
- Acte extrajudiciaire ;
- Déclaration faite au siège social : 27 Place aux huiles – 13001 MARSEILLE.
- Sur Internet : www.kiassure.com

Lorsque la résiliation est du fait de l'assureur, elle doit se faire par lettre recommandée envoyée au dernier domicile connu de l'adhérent.

6.2. Conséquences de la résiliation

La garantie reste acquise pour tous les soins et traitements en cours jusqu'à la date de prise d'effet de la résiliation.

La résiliation de l'adhésion met fin aux garanties pour l'ensemble des Assurés à la date d'effet de la résiliation.

6.3. Résiliation par l'adhérent

L'Adhérent peut résilier son adhésion à chaque échéance annuelle selon les modalités précisées ci-dessus, **au plus tard deux mois avant cette échéance prévue au certificat d'adhésion**. La résiliation prend effet au jour de l'échéance principale à 0 heure.

L'Adhérent peut ensuite résilier son adhésion à tout moment après l'expiration d'un délai d'un an à compter de la souscription du 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). La demande de résiliation peut également être adressée par le nouvel assureur.

En cas de diminution du risque, si l'assureur ne consent pas à réduire le montant de la cotisation en conséquence (article L113-4 du Code des assurances), l'Adhérent dispose d'une faculté de résiliation. Cette résiliation prendra effet 1 mois après la demande de l'Adhérent.

L'état de santé ne peut pas être pris en compte dans l'appréciation.

6.4. Résiliation par l'assureur

L'assureur peut résilier l'adhésion :

- En cas de non-paiement des cotisations (article L. 113-3 du Code des assurances, et dont le détail est repris à l'article 20 de la présente notice) : à défaut de paiement d'une prime, ou d'une fraction de prime, dans les 10 jours de son échéance, **la garantie pourra être suspendue 30 jours après la mise en demeure de l'Adhérent. L'assureur dispose de la faculté de résilier le contrat 10 jours après l'expiration de ce délai de 30 jours.**

- En cas d'omission ou d'inexactitude dans la déclaration de l'adhérent sans que la mauvaise foi de ce dernier soit établie (article L113-9 du Code des assurances). La résiliation prend effet dix (10) jours après envoi de la lettre de résiliation.

6.5. Résiliation par l'adhérent ou par l'assureur

L'adhérent ou l'assureur peuvent résilier l'adhésion en cas de changement de domicile en France métropolitaine, de situation matrimoniale, de profession, de départ à la retraite ou cessation d'activité professionnelle lorsque l'adhésion a pour objet la garantie de risques en relation directe avec la situation antérieure et qui ne se retrouvent pas dans la situation nouvelle (article L 113-16 du Code des assurances). La demande doit être effectuée dans les trois mois qui suivent la date de l'événement pour l'adhérent et dans les 3 mois qui suivent l'envoi par l'adhérent d'une lettre d'information pour l'assureur. La résiliation prend effet un (1) mois après la notification de la lettre recommandée.

6.6. Résiliation de plein droit

L'adhésion est résiliée de plein droit :

- En cas de décès de l'adhérent. En présence d'ayants droit, les garanties sont maintenues jusqu'à la prochaine échéance de cotisation. S'ils le souhaitent, un nouveau contrat leur sera proposé, qui tiendra compte des garanties et conditions antérieures à la résiliation.
- En cas de départ de la France métropolitaine. La résiliation prend effet le 1er jour qui suit la cessation d'affiliation au régime obligatoire d'assurance maladie.
- Lorsque l'Adhérent et/ou ses Ayants droit ne relève(nt) plus d'un Régime Obligatoire d'assurance maladie Français
- Lorsque l'Adhérent perd sa qualité de membre de l'Association

Dans tous les cas de résiliation, la sortie de l'Adhérent du présent régime "Frais de santé" entraîne celle de ses Ayants droit, sauf cas particulier du décès de l'adhérent.

ARTICLE 7 – DÉCLARATIONS

Les déclarations, tant à l'adhésion qu'en cours de contrat, sont faites par l'adhérent pour son compte et celui de ses ayants droit auxquels elles sont opposables.

Ces déclarations sont importantes pour l'élaboration et l'évolution du contrat et l'adhérent doit fournir des réponses exactes.

7.1. À l'adhésion

L'adhérent doit répondre avec précision aux questions et demandes de renseignements figurant sur le bulletin d'adhésion.

7.2. En cours de contrat

L'adhérent doit déclarer, pour toute personne couverte par le contrat, tout événement modifiant les déclarations faites lors de l'adhésion et qui aurait pour effet de les rendre inexacts ou caduques et notamment :

- Un changement d'état civil,
- Une cessation ou un changement d'affiliation d'un des Bénéficiaires au Régime Obligatoire,
- Un changement de domicile ou un départ hors de France métropolitaine,
- La survenance d'un événement entraînant la cessation de qualité d'ayant droit,
- Un changement de profession ou une cessation d'activité professionnelle,
- Un changement de compte bancaire ou postal pour le prélèvement des cotisations et/ou le virement des prestations,
- L'existence ou la cessation de garanties de même nature souscrites auprès d'autres assureurs.
- Un changement de domicile ou un départ hors de France métropolitaine pour une durée supérieure à TROIS (3) mois,

Les déclarations en cours de contrat doivent être faites :

- Par courrier à l'adresse postale suivante : KIASSURE – 27 Place aux huiles – 13001 MARSEILLE.
- Par mail à l'adresse électronique suivante : contact@kiassure.com
- Sur Internet : www.kiassure.com

Si des prestations ont été versées au-delà de ce délai, l'Assureur pourra demander à l'Adhérent le remboursement des prestations indûment réglées pour cet ayant droit.

Ces événements doivent être signalés dans un délai de quinze (15) jours suivant leur survenance. L'inobservation de ce délai, ou l'absence de déclaration, si elle cause un préjudice à l'assureur, est susceptible d'entraîner la perte de tout droit aux garanties liées à la modification

En cas de réticence ou fausse déclaration intentionnelle modifiant l'appréciation du risque assuré, l'adhésion est nulle et la prime payée demeure acquise à titre de pénalité. En cas d'omission ou déclaration inexacte non intentionnelle, constatée avant sinistre, l'assureur pourra résilier l'adhésion avec un préavis de dix (10) jours en restituant à l'adhérent le prorata de prime ou augmenter la prime à due proportion. Si cette omission ou fausse déclaration non intentionnelle est constatée après un sinistre, l'indemnité sera réduite à proportion de la part de prime payée rapportée à ce qu'elle aurait dû être si l'assureur avait eu connaissance exacte de la situation de l'adhérent.

ARTICLE 8 – CONDITIONS DES GARANTIES

Pour bénéficier des garanties, les assurés et ayants droit doivent être affiliés au Régime Obligatoire français. Seules sont garanties les dépenses de santé engagées entre les dates d'effet et de résiliation de l'adhésion.

En outre, pour les soins et les prothèses dentaires, les dates de proposition et d'exécution des travaux doivent être également situées dans la période de garantie.

ARTICLE 9 – PRISE D'EFFET DES GARANTIES

Les garanties de l'adhésion sont acquises immédiatement, sans délai d'attente, à compter de la date d'effet mentionnée au Certificat d'Adhésion **sous réserve de l'encaissement effectif de la première prime, à l'exception d'un délai d'UN (1) mois en cas d'hospitalisation non consécutive à un accident ou la prise en charge est limitée au ticket modérateur et au forfait journalier hospitalier.**

L'Assuré bénéficie également de tous les minimas légaux liés au cahier des charges "Contrats responsables" et "100% Santé" dans cet intervalle de temps.

ARTICLE 10 – ETENDUE TERRITORIALE DES GARANTIES

Les garanties d'assurance frais de santé ne bénéficient qu'aux seuls adhérents résidant à titre principal en France pour des frais engagés en France métropolitaine (Corse incluse).

Le versement des frais médicaux, chirurgicaux ou d'hospitalisation s'exerce au titre de l'adhésion en France métropolitaine, à partir du moment où le Régime obligatoire français intervient sur la base du tarif de convention.

En cas de séjour à l'étranger de moins de TROIS (3) mois par an (consécutif ou non), les remboursements sont limités au ticket modérateur et uniquement pour les actes pris en charge par la sécurité sociale française.

Le règlement des prestations est effectué, dans tous les cas, en euros auprès d'un établissement bancaire situé dans l'Espace Unique de paiement en euros (ou SEPA).

ARTICLE 11 – OBJET, MONTANT ET CONTENU DES GARANTIES

Le produit **GOLDEN SANTÉ** comprend 5 formules pouvant être proposées en fonction du besoin de l'adhérent et détaillés par poste dans le tableau de garanties.

Les montants de remboursements s'entendent :

- Après déduction du remboursement du Régime Obligatoire lorsqu'il intervient,
- Dans la limite du niveau de remboursement indiqué dans le tableau de garantie, en fonction de la formule choisie et indiqués au Certificat d'adhésion.

11.1. Médecine de ville

Golden santé ne prend pas en charge les conséquences financières de la baisse du taux de remboursement liées :

- **au non-respect du parcours de soins** : Il s'agit du circuit à respecter pour être remboursés selon la réglementation en vigueur dans le cadre de ce parcours. Celui-ci consiste à déclarer un médecin traitant auprès de l'assurance maladie obligatoire et le consulter en priorité et/ou à consulter un médecin correspondant sur orientation de son médecin

traitant. Les médecins spécialistes suivant, gynécologues, ophtalmologues, stomatologues, psychiatres et neuropsychiatres peuvent être consultés sans pour autant passer par le médecin traitant (pour les enfants de moins de 26 ans).

- **les franchises médicales** à la charge de l'adhérent pour les frais relatifs à certaines prestations et produits de santé pris en charge par l'assurance maladie.

Les taux de remboursement relatifs aux honoraires médicaux diffèrent selon l'adhésion au non des praticiens aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée OPTAM : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée / OPTAM CO: Option Pratique Tarifaire Maîtrisée Chirurgie Obstétrique.

Les praticiens signataires s'engagent à limiter leurs dépassements d'honoraires favorisant l'accès aux soins par une meilleure prise en charge.

Médicaments prescrits et non pris en charge

Le versement de tout ou partie du forfait relatif aux Médicaments prescrits et non pris en charge est soumis à la réception des justificatifs correspondants (Ordonnance et facture). Le versement ne pourra dépasser le montant des frais réellement engager par l'assuré et dans la limite du forfait annuel indiqué sur le tableau de garantie (selon la formule choisie)

Prothèse, appareillages et Divers orthèse (DVO)

Les remboursements s'entendent en pourcentage de la base de remboursement de la sécurité sociale et inclus la part du régime obligatoire.

Petits appareillages

Le versement de tout ou partie du forfait relatif aux Petits appareillages ne pourra dépasser le montant des frais réellement engager par l'assuré et dans la limite du forfait annuel indiqué sur le tableau de garantie (selon la formule choisie). Au-delà du forfait annuel, le versement sera limité au ticket modérateur.

11.2. Cure thermique

Le remboursement des frais liés à la cure thermique est exclusivement soumis à la prise en charge du régime obligatoire. Le contrat Golden Santé ne prévoit aucun remboursement relatif au transport et à l'hébergement relatif à une cure thermique que celle-ci soit pris en charge ou non par le régime obligatoire.

11.3. Médecines douces

Le forfait Médecines douces comprend les actes réalisés par des praticiens ci-dessous diplômés d'un établissement de formation agréé par le Ministère de la Santé :

- Ostéopathe,
- Pédicure,
- Podologue,
- Étio-pathe,
- Homéopathe,
- Acupuncteur,
- Chiropracteur,
- Mésothérapeute,
- Réflexologue,
- Diététicien,
- Nutritionniste

11.4. Actes de preventions

Les remboursements se limite à la prise en charge des actes de prévention prévus dans le contrat responsable à savoir:
I. Scellement prophylactique des puits, sillons et fissures (SC8), sous réserve que l'acte soit effectué sur les première et deuxième molaires permanentes, qu'il n'intervienne qu'une fois par dent et qu'il soit réalisé en cas de risques carieux et avant le quatorzième anniversaire.

II. Un détartrage annuel complet sus- et sous-gingival, effectué en deux séances maximum (SC12).

III. Bilan du langage oral et/ou bilan d'aptitudes à l'acquisition du langage écrit (AMO24), à condition qu'il s'agisse d'un premier bilan réalisé chez un enfant de moins de quatorze ans.

IV. Dépistage de l'hépatite B (codes NABM 4713, 4714, 0323, 0351).

V. Dépistage une fois tous les cinq ans des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans pour un des actes suivants :

- a) Audiométrie tonale ou vocale (CDQP010) ;
- b) Audiométrie tonale avec tympanométrie (CDQP015) ;
- c) Audiométrie vocale dans le bruit (CDQP011) ;
- d) Audiométrie tonale et vocale (CDQP012) ;
- e) Audiométrie tonale et vocale avec tympanométrie (CDQP002).

VI. 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 cinquante ans, une fois tous les six ans.

VII. Les vaccinations suivantes, seules ou combinées :

- a) Diphtérie, tétanos et poliomyélite : tous âges ;
- b) Coqueluche : avant 14 ans ;
- c) Hépatite B : avant 14 ans ;
- d) BCG : avant 6 ans ;
- e) Rubéole pour les adolescentes qui n'ont pas été vaccinées et pour les femmes non immunisées désirant un enfant ;
- f) Haemophilus influenzae B ;
- g) Vaccination contre les infections invasives à pneumocoques pour les enfants de moins de dix-huit mois.

11.4. Hospitalisation

Le forfait journalier hospitalier, mentionné dans le descriptif de prestations du poste hospitalisation, 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 :

- 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, gériatrie, en unités de soins de longue durée (USLD), en établissements d'hébergement pour personnes âgées ne sont pas prises en charge.

Sauf en cas d'hospitalisation consécutive à un accident, les remboursements sont exclusivement limités à la prise en charge du Ticket Modérateur et du forfait hospitalier les 30 premiers jours suivant la prise d'effet de l'adhésion.

La prise en charge de la chambre particulière est limitée à 30 jours par an en hospitalisation médicale, chirurgicale ou obstétrique, et pour les séjours en soins de suite (maison de repos, de convalescence ou de rééducation...) consécutifs à une hospitalisation.

SONT EXCLUS de la garantie : séjours en gériatrie, les séjours en unités de soins de longue durée (USLD), les établissements d'hébergement pour personnes âgées, les établissements médicosociaux, les établissements ne relevant pas des soins de suite et de réadaptations (SSR), les séjours en milieu spécialisé (psychiatrie, cures de désintoxication en cas d'alcoolisme ou de toxicomanie), en maison de repos, de convalescence ou de rééducation (non consécutifs à une hospitalisation).

Les hospitalisations en ambulatoire ne donnent pas lieu à la prise en charge de la chambre particulière.

Confort Hospitalier

Les frais pris en charge sont les frais de télévision, téléphone et internet, en cas d'hospitalisation de plus de 2 jours, à la suite d'une maladie ou d'un accident. Le remboursement s'entend par jour et dans la limite de 15 jours par an.

11.5. Optique

Les forfaits mentionnés dans le tableau de garanties sont exprimés par an et par bénéficiaire et soumis à prise en charge du régime obligatoire. Les montants indiqués comprennent la prise en charge de la monture dans la limite de 100€.

11.6. Dentaire

Pour les formules 3, 4 et 5 bénéficiant d'un plafond de remboursement, la prise en charge sera limitée au ticket modérateur au-delà des plafonds indiqués.

Ils s'appliquent sur tous vos actes dentaires hors soins, y compris ceux du panier 100% Santé.

11.7. Prothèse auditives

Le forfait appareillages et prothèse auditive s'entend pour les deux oreilles et par assuré. Celui-ci pourra être versés en complément du remboursement effectué par le régime obligatoire et dans la limite des frais engagés.

11.8. Options

L'adhérant à la possibilité de choisir de souscrire ou non aux options A et B afin de correspondre au mieux à son besoin et à sa situation. Ces options sont disponibles de la formule 2 à la formule 5 et permettent de bénéficier d'une réduction de cotisation.

Option A

L'Option A concerne les garanties Chambre particulière et Médicaments prescrits et non pris en charge par le régime obligatoire. Les garanties mentionnées ne sont plus prises en charge quel que soit la formule choisie par l'adhérent.

Option B

L'Option B concerne les garanties Chambre particulière et Médicaments prescrits et non pris en charge par le régime obligatoire, l'ensemble des garanties optiques (hors 100% Santé), l'ensemble des garanties dentaires (hors orthodontie prise en charge par le régime Obligatoire et hors soins et prothèses 100% Santé) et l'ensemble des garanties Prothèse auditives (hors 100% Santé) Les garanties mentionnées ne sont plus pris en charge quel que soit la formule choisie par l'adhérent.

Selon les garanties, les montants de remboursements sont exprimés :

- Soit, en inclusion du tarif en vigueur fixé par le Régime Obligatoire (Base de remboursement de la Sécurité Sociale),
- Soit, en pourcentage du tarif de responsabilité en vigueur fixé par le Régime Obligatoire : Tarif de Convention (TC) en secteur conventionné ou Tarif d'Autorité (TA) en secteur non conventionné,
- Soit en Frais réels (FR),
- Soit par un forfait exprimé en euros. Ces montants représentent des plafonds de garantie qui incluent la prise en charge du ticket modérateur. Sur la majorité des postes, les plafonds sont exprimés par année d'adhésion et par bénéficiaire. Ils se renouvellent chaque année à la date d'échéance de l'adhésion et ne sont pas cumulables d'une année sur l'autre. Si ce plafond est atteint, seuls les actes remboursés par le Régime Obligatoire seront pris en charge à 100 % du tarif de responsabilité.

Seuls les équipements « optique » s'apprécient sur une période de deux ans et les équipements « aides auditives » s'apprécient sur une période de quatre ans.

Le tarif en vigueur auquel se réfère l'Assureur pour le calcul des prestations est celui en vigueur à la date des soins.

Dans tous les cas, les remboursements sont limités au montant des frais réellement engagés. De convention expresse, l'Assureur est de plein droit habilité à limiter ou contester sa prise en charge en cas de non-respect des règles du Code de déontologie médicale.

ARTICLE 12 – PRÉCONISATION SUR L'APPLICATION DU 100% SANTÉ

12.1. Optique

12.1.1. Généralités

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 »** est sans reste à charge pour l'assuré : cet équipement est remboursé aux frais réels dans la limite des prix limites de vente qui s'imposent aux opticiens pour l'application du « 100% santé ».
- **L'équipement optique de « classe B »** : cet équipement est remboursé dans le respect des planchers et plafonds prévus dans le cadre du contrat responsable et dans les limites des garanties mentionnées dans le tableau de garanties.

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 »**.

Si le tableau de garanties mentionne un forfait unique, le remboursement de l'élément de « classe B » se fera dans **la limite du plafond de « classe B »** correspondant à la correction visuelle du bénéficiaire de l'équipement, déduction faite du remboursement de l'élément de « classe A ».

Si le tableau de garanties mentionne un **forfait dédié** à chaque composante de l'équipement (verres ou monture), alors la prise en charge s'effectue **dans la limite de ces forfaits pour chaque composante**. 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 l-8DI soit -9D

12.1.2. Les délais de renouvellement

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'organisme assureur.

| Bénéficiaires concernés | Bénéficiaires de 16 ans et plus | Bénéficiaires de moins de 16 ans |
|---|---------------------------------------|--|
| Périodicité de renouvellement de droit commun | 2 ans suivant la dernière facturation | 1 an suivant la dernière facturation 6 mois pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage |

| Renouvellement anticipé en cas d'évolution de la vue | | |
|--|--|--|
| Périodicité de renouvellement dérogatoire | 1 an pour le renouvellement de la prise en charge d'un équipement complet (2 verres + la monture) | Renouvellement de la prise en charge possible sans délai pour l'acquisition de verres. |
| Cas d'application de la périodicité dérogatoire | <ul style="list-style-type: none"> - Variation 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 de loin ; - 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. | |
| Constataction de l'évolution de la vue | Soit présentation à l'opticien d'une nouvelle prescription médicale et comparaison avec l'ancienne, soit adaptation de la prescription médicale par l'opticien-lunetier lors d'un Renouvellement de délivrance. | Sur présentation à l'opticien d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique. |

| Renouvellement anticipé en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières | | |
|---|---|--|
| Périodicité de renouvellement dérogatoire | Aucun délai de renouvellement des verres | |
| Cas d'application de la périodicité dérogatoire | Cf. liste des pathologies concernées dans l'arrêté du 3 décembre 2018 parue au JO du 13/12/2018. | |
| Constataction de l'évolution de la vue | Présentation à l'opticien d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique avec mention de l'existence d'une situation médicale particulière. | |

12.2. Dentaire

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 aux frais réels 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 les 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.

12.3. Prothèse auditives

Deux classes d'équipement auditif sont ainsi définies :

L'équipement auditif de « **classe I** » sans reste à charge : **cet équipement est remboursé aux frais réels 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, qui respectent le plafond de 1 700 euros prévu dans le cadre du contrat responsable. **Ce plafond n'inclut pas les prestations annexes à l'aide auditive telles que le ticket modérateur des consommables, des piles ou des accessoires.** En revanche, ce plafond inclut systématiquement la prise en charge du ticket modérateur ainsi que la part prise en charge par l'assurance maladie obligatoire.

La prise en charge d'une aide auditive par oreille **est limitée à une aide auditive tous les quatre (4) 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'organisme assureur.

Le délai court indépendamment pour chaque équipement de chaque oreille.

ARTICLE 13 – CADRE JURIDIQUE DU CONTRAT DIT RESPONSABLE

Cette adhésion s'inscrit dans le cadre du dispositif législatif relatif aux contrats d'assurance complémentaire santé dits « contrats responsables » (article 57 de la loi n°2004-810 du 13 août 2004 et différents décrets et arrêtés, modifiés par le décret n°2019-21 du 11 janvier 2019 visant à garantir un accès sans reste à charge à certains équipements d'optique, aides auditives et soins prothétiques dentaire).

Afin que le présent produit soit qualifié de « responsable », celui-ci ne prend pas en charge les conséquences financières de la baisse du taux de remboursement liées au non-respect du parcours de soins ainsi que les franchises médicales laissées à la charge de l'adhérent pour les frais relatifs à certaines prestations et produits de santé pris en charge par l'assurance maladie.

L'ensemble des actes de prévention prévu au titre de l'article R871-2 II du Code de la Sécurité sociale est pris en charge.

En cas d'évolution de la réglementation régissant les « contrats responsables », les garanties de la présente adhésion feront l'objet de modifications pour rester en conformité avec ce cadre juridique, après information préalable de l'adhérent. Le tarif pourra également être revu, à la hausse comme à la baisse, en fonction des modifications apportées sur les garanties.

ARTICLE 14 – MODIFICATIONS DES GARANTIES

14.1. A la demande de l'adhérent

En cours de vie de l'adhésion, l'adhérent peut demander la modification de son niveau de garantie, à la hausse ou à la baisse, au plus tard TROIS (3) mois avant la date d'échéance de l'adhésion.

La modification doit intervenir suivant la date d'effet de l'adhésion ou la date d'effet de l'avenant.

Au cours de la première année d'adhésion, l'adhérent a la faculté de modifier uniquement à la hausse ses choix de garanties, ce choix devant nécessairement être maintenu jusqu'à la prochaine échéance de l'adhésion.

Au-delà de la première année d'adhésion, l'adhérent a la faculté de modifier uniquement à la baisse ses choix de garanties, ce choix devant nécessairement être maintenu jusqu'à la prochaine échéance de l'adhésion.

Après acceptation par l'Adhérent, sous réserve, le cas échéant, du paiement effectif des cotisations correspondantes, la modification des garanties prendra effet à la date mentionnée sur l'avenant correspondant.

En tout état de cause, la modification du niveau de garantie s'appliquera à ses éventuels ayants droit.

Tout Accident ou Maladie, entraînant une Hospitalisation, ayant une date de survenance antérieure à la prise d'effet de l'avenant, sera indemnisable, sous réserve de déclaration et d'acceptation par KIASSURE, sur la base des garanties

acquises antérieurement à la prise d'effet de l'avenant, et ce pendant toute la durée du sinistre, y compris les rechutes éventuelles (même pathologie).

14.2. A l'initiative de l'assureur

En cas d'évolution législative, réglementaire et/ou de l'intervention du régime de la Sécurité sociale, le contrat peut être modifié en cours d'année. Les nouvelles conditions de garanties et/ou de cotisations prennent alors effet à la date d'effet mentionnée sur la notification de la modification.

Jusqu'à la date d'effet de cette notification, les dispositions antérieures continuent à s'appliquer sauf si les nouvelles dispositions sont d'ordre public et donc d'application immédiate.

De même, si les résultats du contrat le nécessitent, l'organisme assureur propose un aménagement des garanties et/ou une révision des cotisations.

L'organisme assureur adresse alors une notification au souscripteur au moins deux mois avant la date d'échéance annuelle de l'adhésion. Les nouvelles conditions sont applicables au titre de la nouvelle échéance.

En cas de modification des garanties et/ou de révision des cotisations telle que mentionnée aux alinéas précédents, le souscripteur peut toujours refuser la proposition de l'organisme assureur dans les trente (30) jours qui suivent la réception dudit courrier en envoyant sa demande de résiliation par l'un des moyens exposés à l'article 6 « Résiliation du contrat ». Le contrat est alors résilié dans les dix (10) jours suivants.

En cas d'absence de réponse dans les trente (30) jours de la notification, l'organisme assureur considérera que le souscripteur a accepté les nouvelles conditions. Elles prendront effet à la date de modification mentionnée sur le courrier.

Jusqu'à la date d'effet de la modification du contrat, les dispositions antérieures continuent à s'appliquer au contrat.

ARTICLE 15 – AJOUT OU SORTIE DES AYANTS DROIT

15.1. A l'échéance principale

L'adhérent a la possibilité de demander l'ajout ou la sortie d'un ayant droit par écrit et **au plus tard 2 (deux) mois avant l'échéance principale de l'adhésion**, en écrivant à l'adresse suivante : KIASSURE – 27 Place aux huiles – 13001 MARSEILLE. La modification de l'adhésion prendra effet à la date d'échéance du contrat, sous réserve de la production des pièces justificatives.

15.2. Hors échéance principale

15.2.1. Ajout d'un ayant droit

Si un événement survient en cours d'année entraînant l'acquisition de la qualité d'ayant droit, d'une personne que l'assuré souhaite assurer, il doit adresser une demande écrite (mail, fax, courrier) à cet effet :

- Dans un délai de 30 jours suivant cet événement s'il s'agit d'une naissance ou d'une adoption,
- Dans un délai de 15 jours suivant cet événement pour les autres demandes.

Sous réserve des pièces justifiant de la date de l'événement et des conditions permettant d'être désigné comme ayant droit, la modification du contrat prendra alors effet :

- À la date de naissance du nouveau-né,
- À la date de réception de la demande pour les autres cas (adoption, union),
- À la date de radiation d'un contrat de même nature prévoyant des garanties similaires (sous réserve de la production d'un Certificat de radiation).

Si la demande est formulée au-delà des délais ci-dessus, la modification du contrat prendra effet à la date de réception de la demande, sous réserve de la production des pièces justificatives.

15.2.2. Sortie d'un ayant droit

Si un événement survient en cours d'année entraînant la perte de la qualité d'ayant droit, l'adhérent doit le déclarer par écrit **dans les QUINZE (15) jours suivant cet événement. En cas de déclaration tardive par l'Adhérent, une déchéance de garantie est susceptible de lui être opposée dès lors qu'il est établi que ce retard a causé un préjudice à l'Assureur.**

La modification du contrat prendra effet, sous réserve de la production des pièces justifiant de la date de l'événement et de la fin des conditions permettant d'être désigné comme ayant droit :

- En cas de décès, au lendemain du décès,
- À la date de réception de la déclaration pour les autres cas (séparation ou divorce, cessation ou changement d'affiliation au Régime Obligatoire)

Si des prestations ont été versées au-delà de ce délai, l'Assureur pourra demander à l'Adhérent le remboursement des prestations indûment réglées pour cet ayant droit.

Si un des ayants droit ne remplissait plus les conditions prévues pour être Bénéficiaire, les garanties cesseraient de plein droit et sans formalité pour celui-ci.

En cas de déclaration tardive par l'Adhérent, une déchéance de garantie est susceptible de lui être opposée dès lors qu'il est établi que ce retard a causé un préjudice à l'Assureur.

15.3. Ajustement de la cotisation

Pour donner suite à la demande d'ajout ou de sortie d'un ayant droit, l'adhérent recevra une notification ayant valeur d'avenant. Sans retour de sa part dans le mois qui suit la réception de cette notification, la modification des ayants droit prendra effet à la date d'effet de l'avenant.

En cas d'ajout ou de sortie d'ayant droit, la cotisation sera ajustée en conséquence à compter de la date d'effet de l'avenant constatant cette modification. La différence de cotisation sera mentionnée dans l'avenant. **S'il s'agit d'un supplément à acquitter, celui-ci devra être réglé à l'Assureur conformément aux dispositions de l'article 20. S'il s'agit d'une ristourne en faveur de l'Adhérent, celle-ci lui sera réglée sous réserve de l'absence d'arriéré de prime à compenser.**

ARTICLE 16 – EXCLUSIONS

Les actes ne figurant pas sur la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP) ou dans la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) ne sont pas remboursés, sauf cas particuliers prévus à l'adhésion.

Les exclusions ci-dessous s'appliquent à toutes les garanties d'assurance à l'exception des garanties minimum et maximum des contrats responsables.

Les garanties ne s'exercent pas en cas :

- De guerre civile ou étrangère, d'émeutes et mouvement populaires
- De désintégration du noyau atomique ou de radiations ionisantes,
- De traitements ou interventions chirurgicales dans un but de rajeunissement ou esthétique, sauf les actes remboursés par le Régime Obligatoire qui seront pris en charge à 100% du tarif de responsabilité, de cures d'amaigrissement, de sommeil, de désintoxication, de séjours en institut médico-pédagogique et établissements similaires,
- D'une aggravation due à l'inobservation intentionnelle par l'Assuré des prescriptions du médecin.

Sont également applicables les exclusions imposées par le dispositif législatif des contrats dits « responsables ». Même si votre Régime Obligatoire est intervenu, ne donnent pas lieu à prestation pour les hospitalisations, actes chirurgicaux, soins et prothèses dentaires, actes de kinésithérapie :

- Les conséquences de l'éthylisme aigu ou chronique de la personne assurée, l'usage de stupéfiants ou de tranquillisants non prescrits médicalement,
- Les frais de séjour climatique à la campagne, à la mer, à la montagne et en colonie sanitaire (sauf en Sanatorium ou en Préventorium),
- Les cures d'amaigrissement, de rajeunissement, de désintoxication et de thalassothérapie,
- Les traitements à visée esthétique, à l'exception de ceux consécutifs à un accident garanti,
- Les traitements psychanalytiques,
- Les interventions chirurgicales à visée reconstructrice, esthétique ou plastique à l'exception de celles consécutives à un accident garanti, les interventions comportant une réduction de la masse grasseuse, ainsi que les interventions pour rhinoplastie et septoplastie nasale. Restent néanmoins garanties les rhinoplasties justifiées par un traumatisme nasal survenu pendant la période de garantie,
- Les interventions chirurgicales pour hypertrophie ou hypotrophie mammaires, ainsi que les interventions comportant une lipectomie, une liposuction, une lipoaspiration, une liposculpture, une plastie abdominale,
- Les traitements, hospitalisations et interventions chirurgicales pour les troubles de l'identité sexuelle,
- Les séjours en centres, services ou établissements dits de longs séjours, de gériatrie, de gérontologie, de rééducation alimentaire,
- Les séjours psychopédagogiques, pédagogiques, à visée diététique ou de rééducation alimentaire,
- Les différentes étapes de la Procréation Médicalement Assistée (PMA),
- Maisons d'accueil spécialisé (MAS),
- Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).

ARTICLE 17 – ADAPTATION DE L'ADHÉSION PAR SUITE DE MODIFICATIONS DU RÉGIME DE BASE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

Les garanties de la présente adhésion, sa tarification et les modalités de mise en jeu de l'assurance ont été fixées compte tenu des dispositions du régime obligatoire d'assurance maladie en vigueur lors de sa prise d'effet. Si ces dispositions ou les règles d'indemnisation de l'assurance maladie venaient à être modifiées, l'Assureur se réserve la faculté de procéder à une révision du contrat, à compter du premier jour du mois suivant l'application par cet organisme des dispositions nouvelles.

L'Adhérent conserve, dans ce cas, la possibilité de demander un aménagement des garanties ou la résiliation de l'adhésion, sans application du délai de préavis.

ARTICLE 18 – PRESTATIONS

18.1. Remboursement des prestations

Les dépenses de prestations sont remboursées en fonction de l'offre et du niveau de garanties auquel l'Adhérent a adhéré, qui figurent au certificat d'adhésion. Elles ne peuvent en aucun cas être supérieures aux dépenses réelles.

Les demandes de remboursement de prestations sont à adresser à : CPMS – Gestion KIASSURE – TSA 10516 – 75427 PARIS cedex 09 ou à l'adresse électronique kiassure@cpms.fr

Dans les conditions et limites de remboursement du niveau de garanties choisi et mentionné au certificat d'adhésion, l'assureur peut prendre en charge :

- Les frais ayant préalablement donné lieu à un remboursement par le Régime français d'assurance maladie,
- Les frais non remboursés par le régime obligatoire mais prescrits médicalement, faisant l'objet d'une prise en charge,
- Les frais non remboursés par le régime obligatoire et non prescrits.

Le remboursement est appliqué séparément pour chaque poste de frais pris en charge par le Régime d'assurance maladie.

Il est toujours subordonné au remboursement préalable par le Régime d'assurance maladie, sauf dispositions contraires figurant au tableau des garanties.

Les prestations sont réglées dans les 15 jours entre la réception du dossier complet et l'expédition du titre de paiement, sauf cas fortuit ou de force majeure, soit l'accord amiable, soit la décision judiciaire exécutoire.

Les prestations sont réglées en euros sur un compte ouvert auprès d'un établissement bancaire français ou d'un établissement situé dans l'un des Etats composant l'Espace Économique Européen.

Les décomptes seront adressés chaque mois par mail ou par courrier et seront disponibles en ligne dans l'espace personnel des assurés géré par **CPMS**.

18.2. Télétransmission

La transmission des décomptes de remboursements des assurés bénéficiaires peut être effectuée directement par les caisses d'assurance maladie, sous forme d'échange de données informatiques. Si l'adhérent ne souhaite pas bénéficier du service de la télétransmission automatique, il peut faire connaître son refus à tout moment en ligne, depuis son espace client accessible sur le site : www.kiassure.com

L'assuré bénéficiant de la télétransmission de ses décomptes de remboursements pourra envoyer ses justificatifs complémentaires, avant même le remboursement de la Sécurité sociale.

En cas de rejet de la télétransmission, l'assuré sera amené à transmettre l'original de son décompte. Seuls les décomptes pour lesquels un remboursement n'a pas été traité automatiquement devront être envoyés.

18.3. Cumul d'organismes assureurs

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 et de la dépense engagée. Dans cette limite, le bénéficiaire peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix.

18.4. Tiers payant

L'adhésion au contrat **GOLDEN SANTÉ** permet de bénéficier des avantages d'une carte de tiers payant.

Pour les dépenses de pharmacie remboursables par le régime d'assurance maladie, l'assuré est dispensé du paiement du ticket modérateur.

Cet avantage est étendu aux autres dépenses de santé auprès de tous les professionnels de santé conventionnés, qui acceptent le dispositif.

La carte de Tiers payant permet également de bénéficier d'une prise en charge dans la limite de la garantie souscrite, en cas d'hospitalisation en France par l'intermédiaire de l'établissement hospitalier auprès de l'organisme de Tiers payant **Viamedis** ou sur simple demande à **KIASSURE**.

En cas de suspension ou de résiliation du contrat, l'adhérent s'engage à restituer immédiatement la carte de Tiers payant. Il s'engage également à rembourser à l'Assureur les prestations indûment réglées aux praticiens postérieurement à cette suspension ou cette résiliation.

18.5. Pièces nécessaires au paiement des prestations

Pour obtenir le règlement de ses prestations, l'adhérent doit envoyer à **CPMS - Gestion KIASSURE - TSA 10516 - 75427 PARIS cedex 09** ou à l'adresse électronique kiassure@cpms.fr, dans les TROIS (3) mois qui suivent la fin du traitement, les pièces justificatives accompagnées d'une demande datée et signée comportant le numéro d'adhésion.

La liste des pièces justificatives à fournir est la suivante :

- Les décomptes originaux des remboursements du Régime Obligatoire justifiant les prestations qui ont été servies. (Dans les départements dans lesquels un accord a été passé avec les organismes de Régimes Obligatoires, une telle formalité ne sera pas nécessaire),
- Les notes d'honoraires et factures détaillées justifiant des frais réellement engagés, notamment pour le transport hospitalier,
- Les factures d'hospitalisation si celle-ci n'a pas donné lieu à prise en charge préalable, notamment pour la chambre particulière, le forfait journalier hospitalier et le lit d'accompagnant,
- Les factures des pharmaciens lorsque la garantie Tiers payant n'a pu être mise en jeu ou en cas de dépassement du tarif de responsabilité,
- La facture détaillée des frais engagés pour les prothèses dentaires,
- Pour les frais d'optique, la demande de prise en charge et la facture de l'opticien distinguant le prix de la monture de celui des verres ou indiquant les frais de lentilles. Pour les lentilles non remboursées par le Régime Obligatoire, joindre également une ordonnance de moins de deux ans. L'évolution de la vue devra être justifiée soit par la présentation d'une nouvelle prescription médicale portant une correction différente de la précédente ou soit sur la présentation de la prescription initiale comportant des mentions de l'opticien en application de l'article R165-1 du code de la Sécurité Sociale.
- Pour les cures thermales, la facture détaillée des frais engagés, ainsi que le décompte du remboursement du Régime Obligatoire,
- Lorsque l'Adhérent ou ses ayants droit bénéficient d'une autre couverture complémentaire, les originaux des décomptes établis par l'organisme en cause,
- En cas d'accident mettant en cause un tiers responsable identifié, les coordonnées du tiers responsable ou de son Assureur, afin de pouvoir engager les recours,
- La facture détaillée du praticien diplômé d'État si l'assuré consulte un ostéopathe, un chiropracteur, un acupuncteur, un étio-pathe, un homéopathe, un psychologue, un podologue, un pédicure ou un diététicien au titre du poste prévention & bien-être,
- Les factures originales pour tous les actes et frais non remboursés par le Régime Obligatoire mais dont les garanties sont couvertes par ce contrat.
- En cas de naissance, un certificat de naissance ou une copie certifiée conforme du livret de famille établissant la filiation avec l'Adhérent
- En cas d'adoption, une copie du jugement d'adoption, établissant la filiation avec l'Adhérent,

Seuls les décomptes originaux ou sur support durable tiennent lieu de justificatifs.

Si les renseignements fournis sont insuffisants pour le règlement des prestations, l'Assureur pourra demander de fournir des justificatifs complémentaires.

En tout état de cause, tout justificatif produit plus de 2 ans après la date de soin ne pourra pas faire l'objet de remboursement.

L'Adhérent qui emploie ou produit intentionnellement des documents inexacts ou frauduleux sera déchu de tout droit à garantie pour le sinistre dont il s'agit.

ARTICLE 19 – CONTROLE, PROCÉDURE D'EXPERTISE ET ARBITRAGE

19.1. Contrôle des dépenses

Le médecin-conseil peut demander à l'adhérent tout renseignement ou document complémentaire qu'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.

Sous peine de déchéance, l'adhérent doit lui communiquer ces informations, soit directement sous pli confidentiel soit par l'intermédiaire de son médecin, et se soumettre à toute expertise médicale éventuelle.

En fonction du résultat de ces contrôles, l'Assureur se réserve le droit de contester au regard des dispositions du présent contrat, la prise en charge des frais dont le remboursement est demandé ou le montant de sa prise en charge.

De convention expresse, l'Adhérent reconnaît le droit de subordonner la mise en jeu de la garantie au respect de ces conditions. En cas de refus de l'assuré, l'Assureur pourra, de convention expresse, s'opposer à la mise en jeu de la garantie.

19.2. Procédure d'expertise

Les médecins et délégués missionnés par l'Assureur auront le droit de venir constater l'état de santé de l'Adhérent. Dans le cas où l'adhérent ne peut se déplacer, le médecin missionné doit avoir accès à son lieu de résidence.

19.3. Arbitrage

En cas de persistance d'un désaccord sur les conclusions du médecin expert que l'Assureur a désigné, le différend est soumis à une expertise amiable avant tout recours à la voie judiciaire. Chacune des parties choisit un médecin expert devant régler le différend. À défaut d'accord entre eux, ceux-ci s'adjoignent un troisième expert et tous trois opèrent en commun et à la majorité des voix.

À défaut d'accord entre les médecins sur le nom du tiers expert, la désignation est effectuée par le Président du Tribunal de Grande Instance du domicile de l'assuré. Cette nomination est faite sur simple requête signée des deux parties ou d'une seule, l'autre partie ayant été convoquée par lettre recommandée. Les trois médecins opèrent en commun et à la majorité des voix.

Chaque partie paie les frais et honoraires de son représentant. Les honoraires du tiers médecin sont supportés à charge égale par les deux parties.

ARTICLE 20 – COTISATIONS

20.1. Montant de la cotisation

La cotisation est fixée au Certificat d'Adhésion. Elle est exprimée en Euros, tous frais et taxes inclus. Elle tient compte d'un certain nombre de paramètres tels que le régime obligatoire de l'adhérent, les garanties choisies, l'âge des assurés, la composition familiale et la zone géographique. Elle ne dépend pas de l'état de santé des assurés.

La cotisation totale due par l'adhérent correspond au cumul des cotisations de chaque assuré.

20.2. Variation de la cotisation

La cotisation évolue en fonction de l'âge atteint de l'adhérent et de ses ayants droit à l'échéance de l'adhésion.

En cours de contrat, la cotisation peut varier en cas de :

- Modification de la législation sociale et/ou fiscale,
- Changement de garanties,
- Ajout ou sortie d'ayant droit,
- Changement ou modification du régime d'assurance maladie,
- Changement de domicile entraînant un changement de zone tarifaire.

Par ailleurs, en cas de modification du taux de taxe sur les conventions d'assurance ou d'un prélèvement indirect, celle-ci sera appliquée conformément aux dispositions réglementaires.

20.3. Révision de la cotisation

L'Assureur peut être amené à réévaluer le montant des cotisations, notamment en fonction des résultats techniques des garanties de même nature et/ou de l'évolution prévisionnelle des dépenses de santé.

Les augmentations de cotisations ont généralement lieu chaque année à la date d'échéance du contrat. Le nouveau montant de cotisation sera communiqué à l'avis d'échéance annuelle.

Les augmentations de cotisations seront notifiées à l'adhérent par écrit au moins deux mois avant la date prévue de l'entrée en vigueur, à moins que les délais réglementaires ne permettent pas de respecter ce délai.

L'adhérent pourra être informé par notification. L'adhérent ne pourra exiger comme moyen de preuve de cette information l'envoi d'un courrier recommandé. L'adhérent pourra refuser cette modification en résiliant le contrat dans le mois qui suit la réception du courrier.

20.4. Modalités de paiement de la cotisation

La cotisation est payable d'avance, selon le fractionnement choisi à l'adhésion par l'adhérent : périodicité annuelle ou mensuelle. **Le paiement et l'encaissement de cotisations inexacts ou partielles ne sauraient valoir délivrance ou maintien des garanties.**

Le prélèvement automatique est obligatoire pour les paiements mensuels. Le prélèvement s'effectue pour chaque mois de quittance au plus tard le 15 du mois précédant la quittance.

En cas de rejet de prélèvement bancaire, les frais de représentation et les frais financiers sont mis à la charge de l'adhérent.

20.5. Défaut de paiement

Si l'adhérent ne paie pas la cotisation dans les dix (10) jours de son échéance, l'assureur peut – indépendamment de son droit de poursuite en justice – adresser à l'adhérent une lettre recommandée valant mise en demeure.

Conformément à l'article L.113-3 du Code des Assurances, les garanties seront suspendues TRENTÉ (30) jours après l'envoi de cette mise en demeure.

La suspension de garanties entraîne, pour chaque assuré, la perte de tout droit aux garanties prévues par la présente adhésion pour des événements survenus pendant la période de suspension.

En cas de paiement de l'intégralité de la cotisation restant due dans les dix jours suivant la suspension des garanties, celles-ci seront remises en vigueur le lendemain midi du jour du paiement. À défaut, l'adhésion sera automatiquement résiliée dix jours après l'expiration du délai de trente jours précités. Dans ce cas, la portion de cotisation relative à la période postérieure à la date d'effet de la résiliation sera acquise à titre de dommages et intérêts et l'assureur pourra en poursuivre le recouvrement. S'y ajouteront les frais de recouvrement et les intérêts de retard qui seront à la charge de l'adhérent.

20.6. Loi Madelin

Les cotisations de l'adhésion sont éligibles à la loi N°94-126 du 11 février 1994 dite « loi Madelin » au bénéfice des Travailleurs Non-Salariés. Toutefois, pour bénéficier des avantages de la loi, l'adhérent doit, chaque année, fournir une attestation de paiement de ses cotisations au Régime Obligatoire de retraite et de prévoyance.

ARTICLE 21 – SUBROGATION

En vertu du Code des assurances, l'assureur est subrogé dans les droits et actions des assurés envers tout responsable jusqu'à concurrence de l'indemnité qu'il a versée.

L'Adhérent ou l'ayant droit atteint d'une blessure imputable à un tiers doit en informer l'organisme assureur lors de sa demande de prestation.

ARTICLE 22 – PRESCRIPTION

Conformément au code des assurances :

Article L114-1

Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance. Par exception, les actions dérivant d'un contrat d'assurance relatives à des dommages résultant de mouvements de terrain consécutifs à la sécheresse-réhydratation des sols, reconnus comme une catastrophe naturelle dans les conditions prévues à l'article L. 125-1, sont prescrites par cinq ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

- En cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'assureur en a eu connaissance ;
- 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'Adhérent 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'Adhérent 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'adhérent 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'Adhérent.

Article L114-2

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 avec accusé de réception adressée par l'assureur à l'Adhérent en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'Adhérent à l'assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Article L114-3

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.

Conformément au Code civil (Section 3 : Des causes d'interruption de la prescription) :

Article 2240

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

Article 2241

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

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

Article 2243

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

Article 2244

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

Article 2245

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

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

ARTICLE 23 – EXAMENS DES RÉCLAMATIONS ET PROCEDURE DE MEDIATION

23.1. Réclamations

Pour toute réclamation relative à la gestion de son adhésion, de la vie du contrat et de ses cotisations, l'adhérent doit s'adresser, par écrit, prioritairement à son interlocuteur habituel qui est en mesure de lui fournir toutes informations et explications :

- Par courrier recommandé : KIASSURE – 27 Place aux huiles – 13001 MARSEILLE,
- Par mail : relationclients-gestions@kiassure.com

Pour toute réclamation relative à la gestion de ses prestations, l'adhérent doit s'adresser, par écrit, prioritairement à CPMS :

- Par courrier : Service Réclamations – 4 rue auber 75009 PARIS
- Par mail : qualite@cpms.fr

Les délais de traitement de la réclamation de l'Adhérent ne peuvent excéder :

- Dix jours ouvrables à compter de la réception de la réclamation, pour en accuser réception, sauf si la réponse elle-même est apportée à l'Adhérent dans ce délai,
- Deux mois entre la date de réception de la réclamation et la date d'envoi de la réponse définitive apportée à l'Adhérent, quelle que soit l'organisation interne de l'entité ou du groupe auquel elle appartient.

En tout état de cause, l'Adhérent est informé qu'il peut soumettre sa réclamation écrite à l'assureur à l'adresse suivante : Acheel – Service Réclamation – 128 rue La Boétie, 75008 Paris.

23.2. Médiation

Si le litige persiste, l'Adhérent peut, après un délai de 2 mois à compter de sa première réclamation écrite, saisir le Médiateur en écrivant à :

- par voie électronique, en complétant un formulaire de saisine sur le site de la Médiation de l'Assurance : www.mediation-assurance.org/, Rubrique : je saisis le Médiateur
- par courrier à l'adresse suivante : M. le Médiateur de l'Assurance, TSA 50110 – 75441 Paris Cedex 09.

Cependant, il est précisé que le Médiateur ne peut être saisi qu'après que le Service réclamations ait été saisi d'une demande de l'Adhérent.

ARTICLE 24 – INFORMATIQUE ET LIBERTÉS

24.1. Identification du responsable de traitement

Cette clause a pour objet d'informer l'Adhérent de manière plus détaillée des traitements de données à caractère personnel le concernant mis en œuvre par les responsables de traitement mentionnés ci-après.

Les données à caractère personnel recueillies dans le cadre de cette adhésion font l'objet d'un traitement dont le responsable de traitement est ACHEEL en tant qu'Assureur, à l'exception des opérations suivantes, dont le responsable de traitement concernant les moyens techniques et essentiels est **KIASSURE ou CPMS**, en tant que Délégués :

- Souscription des contrats,
- Gestion de la vie du contrat,
- Encaissement et recouvrement des primes,
- Gestion et règlement des sinistres (**CPMS**)
- Gestion des réclamations dites de niveau 1 (**KIASSURE ou CPMS**) ;
- Archivage des pièces de gestion et documents comptables (**KIASSURE**).

24.2. Les finalités de ce traitement

Les données ont pour finalité de satisfaire à la demande de l'Adhérent et de permettre la réalisation de mesures précontractuelles, d'actes de souscription, de gestion et d'exécution ultérieure du contrat y compris de profilage. A ce titre, elles pourront être utilisées à des fins de recouvrement, d'études statistiques et actuarielles, d'exercice des recours et de gestion des réclamations et contentieux, d'examen, d'appréciation, de contrôle et de surveillance du risque, et de respect des obligations légales, réglementaires et administratives. Ces informations pourront également être utilisées comme explicité ci-dessous pour des besoins de prospection commerciale y compris de profilage sous réserve du consentement de l'Adhérent ou de son droit d'opposition, ainsi que pour permettre la lutte contre la fraude à l'assurance. Les co-responsables de traitement s'engagent à ne pas exploiter les données personnelles de l'Adhérent et des bénéficiaires pour d'autres finalités que celles précitées.

Sont notamment nécessaires à la passation, la gestion et à l'exécution du contrat d'assurance, les données à caractère personnel suivantes : 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, etc. De plus, en sa qualité d'organisme d'assurance, ACHEEL utilise le NIR (dénommé couramment « numéro de Sécurité sociale ») de l'Adhérent et des bénéficiaires pour la passation, la gestion et l'exécution des contrats d'assurance et la mise en œuvre des échanges ou traitements intéressant plusieurs acteurs de la protection sociale.

Par ailleurs, certaines données peuvent émaner d'organismes sociaux de base ou complémentaires, d'organismes professionnels contribuant à la gestion des contrats d'assurance et de toute autorité administrative habilitée.

Les informations collectées seront conservées dans des bases de données sécurisées pour toute la durée nécessaire à l'exécution du contrat d'assurance en référence aux délais de prescriptions légales et sous réserve des obligations légales et réglementaires.

24.3. Clause spécifique relative à la fraude

L'Adhérent est également informé de la mise en œuvre d'un dispositif ayant pour finalité la lutte contre la fraude à l'assurance pouvant, notamment, conduire à l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude, inscription pouvant avoir pour effet un allongement de l'étude du dossier de l'Adhérent, voire la réduction ou le refus du bénéfice d'un droit, d'une prestation, d'un contrat ou service proposés. Dans ce cadre, des données personnelles le concernant (ou concernant les personnes parties ou intéressées au contrat) peuvent être traitées par toutes personnes habilitées intervenant au sein des services des Co-responsables de traitement. Ces données peuvent également être destinées au personnel habilité des organismes directement concernés par une fraude (autres organismes d'assurance ou intermédiaires ; organismes sociaux ou professionnels ; autorités judiciaires, médiateurs, arbitres, auxiliaires de justice, officiers ministériels ; organismes tiers autorisés par une disposition légale et, le cas échéant, les victimes d'actes de fraude ou leurs représentants).

24.5. Les destinataires ou les catégories de destinataires

Les données concernant l'Adhérent pourront être communiquées en tant que de besoin et au regard des finalités mentionnées ci-dessus, aux entités des Co-responsables de traitement, ainsi qu'à des partenaires, intermédiaires, réassureurs et assureurs concernés, et organismes professionnels, organismes sociaux des personnes impliquées sous-traitants et prestataires, dans la limite nécessaire des tâches leur incombant ou qui leur sont confiées. Par ailleurs, en vue de satisfaire aux obligations légales et réglementaires les responsables de traitement pourront communiquer des données à caractère personnel à des autorités administratives et judiciaires légalement habilitées.

24.6. Localisation de traitement des données personnelles

Les Co-responsables de traitement ont adopté des normes internes en matière de protection des données et de sécurité informatique afin de garantir la protection et la sécurité des données de l'Adhérent.

Si des données à caractère personnel de l'Adhérent et des bénéficiaires venaient à être traitées chez un tiers situé dans un pays hors de l'Union européenne et ne présentant pas un niveau de protection des données personnelles reconnu adéquat par la Commission européenne, ACHEEL s'assurera que le tiers s'est engagé par contrat, via les clauses contractuelles types de la Commission européenne, au respect de la réglementation européenne en matière de protection des données à caractère personnel.

S'agissant des traitements réalisés par des partenaires externes, une vigilance toute particulière est apportée quant à la localisation des traitements, leur niveau de sécurisation (opérationnel et technique) et le niveau de protection des données personnelles du pays destinataire, afin de garantir un niveau de protection optimal.

Les traitements réalisés aujourd'hui hors de l'Espace Économique Européen concernent des traitements de supervision d'infrastructures (surveillance des plateformes informatiques, surveillance de l'opérabilité des solutions ou gestion des sauvegardes), principalement opérés par nos partenaires bancaires et les éditeurs de logiciel. Ces traitements opérés depuis des pays tiers font l'objet d'un encadrement juridique (Clauses contractuelles types, Binding Corporate Rules). Les traitements des Co-responsables de traitement afférents aux opérations de gestion sont également susceptibles d'être réalisés hors EEE.

24.7. Les durées de conservation

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'Adhérent et les bénéficiaires varient en fonction des finalités susvisées et sont conformes aux recommandations de la CNIL. 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 d'ACHEEL et des prescriptions légales applicables.

24.8. L'exercice des droits

Dans le cadre du traitement que nous effectuons l'Adhérent dispose dans les conditions prévues par la réglementation :

- D'un droit d'accès : Il dispose du droit de prendre connaissance des données personnelles le concernant dont nous disposons et demander que l'on lui en communique l'intégralité.
- D'un droit de rectification : Il peut demander à corriger ses données personnelles notamment en cas de changement de situation.
- D'un droit de suppression : Il peut nous demander la suppression de ses données personnelles notamment lorsque ces dernières ne sont plus nécessaires ou lorsqu'il retire son consentement au traitement de certaines données sauf s'il existe un autre fondement juridique à ce traitement ;
- Du droit de définir des directives relatives au sort de ses données personnelles en cas de décès.
- D'un droit à la limitation du traitement : Il peut nous demander de limiter le traitement de ses données personnelles
- D'un droit à la portabilité des données : Il peut récupérer dans un format structuré les données qu'il nous a fournies lorsque ces dernières sont nécessaires au contrat ou lorsqu'il a consenti à l'utilisation de ces données.

Ces données peuvent être transmises directement au responsable du traitement de son choix lorsque cela est techniquement possible.

- Droit de retrait : L'Adhérent a le droit de retirer le consentement donné pour un traitement fondé sur cette base. Ce retrait vaut pour l'avenir et ne remet pas en cause la licéité des traitements déjà effectués. Il est susceptible de rendre l'exécution du contrat impossible sans être pour autant une cause de résiliation reconnue par le droit des assurances.

Cependant, le retrait de données nécessaires à l'exécution du contrat et notamment au contrôle de la pertinence des engagements réciproques, est susceptible de rendre impossible l'exécution du contrat, dès lors que ces données participent du consentement des parties à la contractualisation. Dans une telle hypothèse, cette impossibilité d'exécution peut être une cause contractuellement définie de déchéance de garantie.

- Droit d'opposition : L'Adhérent peut s'opposer au traitement de ses données personnelles notamment concernant la prospection commerciale.

24.9. Coordonnées du délégué à la protection des données personnelles

L'Adhérent peut exercer ses droits sur simple demande :

- par mail à l'adresse électronique suivante : dpo@kiassure.com
- par courrier papier à l'adresse suivante : KIASSURE – DPO – 27 Place aux huiles – 13001 MARSEILLE.

Ou après de l'assureur à l'adresse électronique suivante : dpo@acheel.com

24.10. Droit d'introduire une réclamation

Par ailleurs, l'Adhérent peut introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés, 3 Place de Fontenoy- TSA 80715-75334 PARIS CEDEX 07

24.11. Clause spécifique relative aux obligations réglementaires

Dans le cadre de l'application des dispositions du code monétaire et financier, le recueil d'un certain nombre d'informations à caractère personnel est obligatoire à des fins de lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme.

Dans ce cadre, l'Adhérent peut exercer son droit d'accès auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés, 3 Place de Fontenoy – TSA 80715 – 75334 PARIS CEDEX 07

L'Adhérent et les bénéficiaires disposent également du droit de s'inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique :

- Soit par voie postale, en écrivant à : BLOCTEL – 6, rue Nicolas Siret – 10000 TROYES ;
- Soit par connexion au site internet de la société : bloctel.gouv.fr

Cette inscription permet à l'Adhérent de ne pas être sollicité par démarchage téléphonique.

En tout état de cause, l'inscription sur cette liste n'interdit pas à **KIASSURE** ou l'Assureur de joindre téléphoniquement l'Adhérent en cas de relations contractuelles préexistantes.

24.12. Profilage et prise de décision automatisée

Dans le cadre de la souscription et l'exécution du contrat, les risques à assurer peuvent, à partir d'informations concernant l'Adhérent ou concernant ses biens, être appréciés et quantifiés suivant des traitements automatisés ou faire intervenir des éléments de profilage le concernant.

De tels traitements peuvent avoir un impact sur la tarification ou l'ajustement des garanties.

L'Adhérent dispose du droit d'obtenir une intervention humaine de la part du responsable du traitement, d'exprimer son point de vue et de contester la décision. Il peut exercer ses droits à l'adresse mentionnée pour l'exercice de ces droits.

24.13. Prospection

Dans le cadre d'opérations de prospection et afin de permettre à l'Adhérent de bénéficier d'une couverture d'assurance aussi complète que possible et de bénéficier de produits ou services contribuant à ses besoins de protection en matière d'assurance, certaines données le concernant ou concernant les risques à assurer, peuvent ou pourront entraîner des décisions automatisées ou fondées sur le profilage, consistant notamment à lui adresser certaines offres commerciales. L'Adhérent dispose d'un droit d'opposition à recevoir des offres commerciales ainsi que du droit de s'opposer au profilage de ses données lié à la prospection qu'il peut exercer à l'adresse ci-dessus.

ARTICLE 25 – AUTORITE DE CONTRÔLE

L'autorité chargée du contrôle des entreprises d'assurances qui accordent les garanties prévues par la présente adhésion est : l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) – 4 place de Budapest 75436 Paris Cedex 09.

ARTICLE 26 – OPPOSITION AU DEMARCHAGE TELEPHONIQUE

Conformément aux dispositions des articles L. 223-1 et L. 223-2 du Code de la consommation, l'Adhérent est informé qu'il existe une liste d'opposition gratuite au démarchage téléphonique sur laquelle il peut s'inscrire par connexion au site internet bloctel.gouv.fr.

Cette inscription permet à l'Adhérent de ne pas être sollicité par démarchage téléphonique sur des produits d'assurance auxquels il n'aurait pas souscrit. En tout état de cause l'inscription sur cette liste n'interdit pas de joindre téléphoniquement l'Adhérent dans le cadre de l'exécution d'un contrat en cours et ayant un rapport avec l'objet de son contrat, y compris lorsqu'il s'agit de lui proposer des produits ou des services afférents ou complémentaires à l'objet du contrat en cours ou de nature à améliorer ses performances ou sa qualité.

ARTICLE 27 – DROIT DE RENONCIATION

L'Adhérent dispose d'un délai pour renoncer à son adhésion aux conditions et selon les modalités décrites ci-après.

27.1. Si le contrat est vendu à distance :

On entend par vente à distance le contrat conclu au moyen d'une ou plusieurs techniques de commercialisation à distance (cf. notamment de vente par internet). Conformément à l'article L112- 2-1 du code des assurances, un délai de renonciation de quatorze (14) jours calendaires révolus s'applique en cas de vente à distance.

Ce délai commence à courir soit à compter de la date de signature de son contrat, soit à compter du jour où l'Adhérent a reçu les conditions contractuelles et les informations particulières si cette dernière date est postérieure.

Si un sinistre survient pendant ce délai de quatorze (14) jours, la cotisation doit avoir été réglée au plus tard lors de la déclaration du sinistre.

La demande de renonciation doit être adressée par courrier à l'adresse suivante : KIASSURE – 27 Place aux huiles – 13001 MARSEILLE ou par mail électronique à l'adresse : contact@kiassure.com.

Modèle de lettre de renonciation en cas de Vente à Distance

Nom, prénom :

Adresse :

N° du contrat :

Mode de paiement choisi :

Montant de la cotisation déjà acquitté :

Madame, Monsieur,

Conformément aux dispositions de l'article L 112-2-1 II du Code des assurances, j'entends par la présente renoncer au contrat d'assurance cité en références que j'ai souscrit en date du .

Je souhaite donc qu'il soit résilié à compter de la date de réception de la présente lettre. Je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes salutations distinguées.

Fait le à

Signature de l'Adhérent

27.2. Si le Contrat est vendu par démarchage :

La vente par démarchage est la sollicitation d'un client, même à sa demande, à son domicile, sa résidence ou sur son lieu de travail, en vue de lui proposer la souscription d'un contrat.

En vertu de l'article L112-9 alinéa 1er du code des assurances, "toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail même à sa demande, et qui signe dans ce cadre une proposition d'assurance ou un contrat à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée avec demande d'avis de réception pendant un délai de 14 jours calendaires révolus à compter de la date d'adhésion, sans avoir à justifier de motif ni à supporter de pénalités».

Si les conditions précitées sont réunies et sous réserve des autres dispositions de l'article L 112-9 du Code des assurances, l'Adhérent peut renoncer au présent contrat.

La demande de renonciation doit être adressée par courrier à l'adresse suivante : KIASSURE – 27 Place aux huiles – 13001 MARSEILLE ou par mail électronique à l'adresse : contact@kiassure.com.

Modèle de lettre de renonciation en cas de démarchage

Nom, prénom :

Adresse :

N° du contrat :

Mode de paiement choisi :

Montant de la cotisation déjà acquitté :

Madame, Monsieur,

Conformément aux dispositions de l'article L 112-9 du Code des assurances, j'entends par la présente renoncer au contrat d'assurance cité en références que j'ai souscrit en date du

Je souhaite donc qu'il soit résilié à compter de la date de réception de la présente lettre.

Je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes salutations distinguées.

Fait le à Signature de l'Adhérent

L'assureur rembourse la cotisation perçue de l'adhérent en application de l'adhésion, à l'exception du montant qui lui est dû en contrepartie du commencement d'exécution dans les conditions ci-dessus évoquées.

Ce remboursement intervient au plus tard dans les trente (30) jours suivant la réception par l'assureur de la notification de la renonciation. Toutefois, **si des prestations ont été versées, l'adhérent devra les restituer intégralement, préalablement à la restitution des cotisations.**

ARTICLE 28 – TAUX DE REDISTRIBUTION ET DE FRAIS DE GESTION

En application de l'arrêté du 6 mai 2020 précisant les modalités de communication liées aux frais de gestion, ACHEEL communique à l'Adhérent le détail des taux relatifs à ses contrats frais de santé au titre de l'année 2022.

- Le taux de redistribution s'élève à 63% :

Ce ratio entre le montant des prestations versées pour le remboursement et l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et le montant des cotisations ou primes afférentes à ces garanties représente la part des cotisations ou primes collectées, hors taxes, par l'organisme assureur au titre de l'ensemble des garanties couvrant le remboursement ou l'indemnisation des frais précités, qui est utilisée pour le versement des prestations correspondant à ces garanties.

- Le montant total des frais de gestion, exprimé en pourcentage des cotisations hors taxes, s'élève à 35% :

Ce ratio entre le montant total des frais de gestion au titre du remboursement et de l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et le montant des cotisations ou primes afférentes à ces garanties représente la part des cotisations ou primes collectées, hors taxes, par l'organisme assureur au titre de l'ensemble des garanties couvrant le remboursement ou l'indemnisation des frais précités, qui est utilisée pour le financement des frais de gestion.

Ces frais de gestion recouvrent l'ensemble des sommes engagées pour concevoir les contrats, les commercialiser (dont le réseau commercial, le marketing, les commissions des intermédiaires), les souscrire (dont l'encaissement des cotisations, la gestion des résiliations, le suivi comptable et juridique) et les gérer (dont le remboursement, la gestion du tiers payant, l'information client, l'assistance, les services, les prestations complémentaires), c'est-à-dire accomplir toutes les tâches incombant à l'organisme assureur dans le respect des garanties contractuelles.

ARTICLE 29 – FAUSSE DÉCLARATION

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

L'assurance est nulle en cas de réticence ou fausse déclaration intentionnelle de la part de l'adhérent de nature à changer l'objet du risque garanti ou à en fausser l'appréciation. L'organisme assureur doit justifier par tous moyens de l'existence du caractère intentionnel de la fausse déclaration. **Les cotisations payées restent acquises.**

En cas d'omission ou de déclaration inexacte non intentionnelle, l'organisme assureur peut :

- **Si elle est constatée avant tout sinistre : augmenter la cotisation ou résilier le contrat ;**
- **Si elle est constatée après tout sinistre : réduire le montant de l'indemnité proportionnellement à la cotisation payée par rapport à celle qui aurait été due si l'organisme assureur avait eu en sa possession la déclaration exacte et complète.**

ARTICLE 30 – DÉCHÉANCE

L'Adhérent ou le bénéficiaire de la prestation est déchu de tout droit à indemnisation au titre du sinistre concerné:

- **S'il fait volontairement une fausse déclaration de sinistre ou à l'occasion d'un sinistre, portant sur la date, la nature, les causes, les circonstances ou les conséquences du sinistre,**
- **S'il fournit ou utilise sciemment des renseignements ou des documents inexactes, fabriqués ou falsifiés comme justificatifs ou use d'autres moyens frauduleux en vue d'obtenir le versement des prestations.**
- **Il s'expose également à ce titre à des poursuites pénales de la part de l'organisme assureur.**

ARTICLE 31 – JURIDICTION COMPÉTENTE

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