

Notice d'information

CONTRAT COLLECTIF COMPLÉMENTAIRE SANTÉ À ADHÉSION FACULTATIVE



SPVIE Santé Génius • N° HEAACHSPV5

Sommaire

Notice d'information valant Conditions Générales

Préambule

Chapitre 1 : Dispositions Générales.....	4
--	---

Chapitre 2 : Lexique.....	5
---------------------------	---

Chapitre 3 : Le fonctionnement de votre adhésion.....	9
---	---

3.1 Les conditions d'adhésion	9
3.2 Les formalités d'adhésion.....	9
3.3 L'âge limite d'adhésion.....	10
3.4 Vos déclarations.....	10
3.5 Le choix de la formule de garanties.....	11
3.6 La conclusion et la durée de l'adhésion au contrat.....	11
3.7 La prise d'effet des garanties – Les délais d'attente – La cessation de l'adhésion	11
3.8 La résiliation de l'adhésion au contrat.....	11
3.9 Le droit de renonciation en cas de démarchage à domicile ou de vente à distance.....	12
3.10 Les cotisations.....	13
3.11 La prescription.....	14
3.12 La subrogation.....	16
3.13 Les réclamations – La médiation.....	16
3.14 L'autorité de contrôle.....	16
3.15 Loi applicable et tribunaux compétents.....	16
3.16 Protection des données à caractère personnel.....	16
3.17 Dispositions relatives à la dématérialisation et aux opérations en ligne valant convention de preuve.....	19

Chapitre 4 : Les garanties	20
----------------------------------	----

4.1 Le cadre juridique.....	20
4.2 L'objet du contrat.....	20
4.3 Ce que garantit le contrat.....	20
4.4 La modification des garanties	21
4.5 L'étendue territoriale des garanties.....	21

Chapitre 5 : Les exclusions et limitations de garantie.....	21
---	----

5.1 Les cas où la garantie ne s'exerce pas.....	21
5.2 Les limitations de la garantie santé.....	21

Chapitre 6 : Le règlement des prestations.....	21
--	----

6.1 Le règlement des prestations.....	21
6.2 Les renseignements complémentaires.....	23
6.3 Le contrôle et expertise.....	23
6.4 Les délais à respecter.....	23
6.5 Les sanctions.....	23

Préambule

Contrat N° HEAACHSPV5

I. Le produit – Le contrat

• **SPVIE Santé Génius** est un contrat d'assurance complémentaire santé ayant pour objet de garantir le remboursement de frais médicaux, chirurgicaux et / ou d'hospitalisation occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident.

Le Contrat **SPVIE Santé Génius** est un produit d'assurance souscrit auprès de :

ACHEEL

128 rue La Boétie, 75008 Paris – SIREN 879 605 350 – Société anonyme au capital de 46 812,48 euros – Entreprise régie par le Code des assurances et soumise à l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR – 4 Place de Budapest CS 92459, 75436)

Dénommé ci-après « l'Assureur »,

Par : L'association Basel Medical Insurance (BMI)

Immatriculée sous le n° W 751217424

dont le Siège social est situé au 26 rue Pagès 92150 - SURESNES

Dénommée ci-après « l'Association »,

Et distribué et géré par :

SPVIE ASSURANCES

SAS au capital social de 48 868,30 euros, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Nanterre sous le numéro 525 355 251, et inscrite à l'ORIAS en qualité de courtier en assurance sous le numéro 10 058 151

dont le siège social est situé au 26 rue Pagès - 92150 SURESNES

Dénommée ci-après « le Courtier »,

Toutefois, une subdélégation de gestion des prestations a été confiée à : CGRM

SAS au capital de 457 347,05 €, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de DUNKERQUE sous le numéro 332 713 361 et inscrite à l'ORIAS en qualité de courtier en assurance

sous le numéro 07 000 503

dont le siège social est situé au 377 rue de Luxembourg – 59640 DUNKERQUE

Dénommée ci-après « le subdélégataire »,

• Le produit SPVIE Santé Génius a été développé et

négocié par le Courtier SPVIE Assurances, qui en accord avec l'Assureur et l'Association, le commercialise à titre exclusif via son propre réseau commercial.

• BMI est une association souscriptrice qui a pour objet de conclure en faveur de ses membres des contrats d'assurance de groupe auprès d'organismes assureurs. En sa qualité de souscriptrice, elle veille à la bonne exécution des conventions et les adapte en fonction des intérêts de ses membres.

Chaque membre de l'association dispose d'un droit de vote à l'assemblée générale.

Le contrat SPVIE Santé Génius est régi par le Code des assurances français.

Le contrat SPVIE Santé Génius souscrit entre BMI et l'assureur prend effet le 01/01/2023, et se renouvelle par tacite reconduction le 1er janvier de chaque année, sauf dénonciation par l'une des parties moyennant un préavis de 3 mois.

En cas de résiliation du contrat entre l'Association et l'Assureur :

- Aucune adhésion nouvelle ne pourra être enregistrée ;
- chaque Assuré garanti par ce contrat au moment de la résiliation, pourra le demeurer jusqu'à la fin des garanties. L'Association et l'assureur peuvent d'un commun accord réviser le contrat. Toute modification des droits et obligations des Adhérents sera portée par écrit à la connaissance de l'ensemble des Adhérents, selon les dispositions de l'article L. 141-4 du Code des assurances. L'Adhérent pourra alors résilier son adhésion en raison de ces modifications sans préavis dans un délai de 30 jours suivant la modification.

Le paiement de la nouvelle cotisation vaudra acceptation des nouvelles conditions ; le non-paiement entraîne la résiliation de l'adhésion conformément à l'article 3.10.5 « Le non-paiement des cotisations »

Le délégataire, dans le cadre de la Délégation de gestion des adhésions qui lui est consentie par l'Assureur, apprécie tous les risques, délivre tous certificats, reçoit tous avis et communications, perçoit toutes les cotisations, en donne quittance et adresse tous avis et lettres recommandées.

Chapitre 1 :

Dispositions Générales

Dans la présente Notice d'information, dès lors qu'un mot commence par une majuscule, il devra être interprété selon la définition indiquée au chapitre 2 « LEXIQUE ».

OBJET DE LA CONVENTION

SPVIE Santé Génus est un contrat d'assurance collective à adhésion facultative, souscrite par l'Association BMI au profit de ses membres remplissant les conditions d'adhésion définies à l'article 3.2 « Les conditions et formalités d'adhésion » au contrat ayant pour objet :

- Le remboursement de tout ou partie des frais de santé engagés en cas d'accident, de maladie ou de maternité par l'adhérent et/ou de ses ayants droit au sens du contrat en complément des prestations versées par le régime d'assurance maladie obligatoire.

Le contrat inclus des garanties d'assistance Santé assurées auprès de MUTUAIDE ASSISTANCE situé au 126, rue de la Piazza - CS 20010 - 93196 Noisy le Grand CEDEX. SA au capital de 12 558 240€ - Entreprise régie par le Code des Assurances - Soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel de Résolution - 4 Place de Budapest, CS 92459, 75436 Paris Cedex 09 - 383 974 086 RCS Bobigny - TVA FR 31 383 974 086.

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

Les garanties de l'offre SPVIE GENIUS SANTE sont assurées par ACHEEL sous le numéro **HEAACHSPV5**.

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

L'annexe « Informations sur nos frais de gestion » fait partie intégrante de la présente notice d'information.

CONTRAT SOLIDAIRE ET RESPONSABLE

Le contrat SPVIE GENIUS SANTE est qualifié de contrat solidaire et responsable.

Par « solidaire », on entend un contrat dont l'adhésion des assurés n'est pas soumise à des formalités d'acceptation médicale et dont les cotisations ne sont pas fixées en fonction de l'état de santé de l'assuré.

Par « responsable », on entend un contrat qui répond aux conditions mentionnées aux articles L. 871-1, R. 871-1 et R. 871-2 du Code de la Sécurité Sociale.

En aucun cas les termes du présent Contrat ne peuvent

contrevenir aux règles des contrats « responsables ». En cas de contradictions, les règles du contrat « responsable » priment sur les présentes dispositions.

En conséquence :

Elle prend notamment en charge :

- l'intégralité de la participation de l'assuré sur les tarifs de prise en charge par l'assurance maladie obligatoire pour l'ensemble des dépenses de santé, et les médicaments dont le service médical rendu a été classé faible ou modéré,
- l'intégralité du forfait journalier des établissements hospitaliers sans limitation de durée. Cette obligation ne concerne pas le forfait journalier des établissements médicaux sociaux ni les frais de cure thermique,
- l'intégralité des frais de soins dentaires prothétiques 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 L. 162-9 du code de la Sécurité sociale (Prix Limite de Vente : PLV) ou, en l'absence de convention applicable, par le règlement arbitral prévu à l'article L. 162-14-2 du code de la Sécurité sociale et sous déduction du Montant Remboursé par la Sécurité sociale (MR),
- l'intégralité des verres et monture de classe A à prise en charge renforcée, la prestation d'appairage pour des verres d'indices de réfraction différents et le supplément applicable pour les verres avec filtre tel que définis au deuxième alinéa de l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale, dans la limite des prix fixés (Prix Limite de Vente - PLV) en application de l'article L. 165-3 et sous déduction du Montant Remboursé par la Sécurité sociale (MR),
- les verres et monture de classe B à tarifs libres dans la double limite des minima et maxima fixés par décret.
- l'intégralité des aides auditives de classe 1 à prise en charge renforcée telles que définies par l'article L. 165-1 du code de la Sécurité sociale, dans la limite des prix fixés (Prix Limite de Vente: PLV) en application de l'article L.165-3 du code de la sécurité sociale et sous déduction du Montant Remboursé par la Sécurité sociale (MR),
- les aides auditives de classe 2 à tarifs libres dans la double limite des minima et maxima fixés par décret.

Elle ne prend pas en charge :

- les dépassements d'honoraires des médecins non adhérents à l'un des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée prévus par la convention nationale mentionnée à l'article L.162-5 au-delà de 100% de la base de remboursement de la sécurité sociale.
- la majoration de la participation de l'adhérent et les dépassements autorisés d'honoraires pour non-respect du parcours de soins ou refus d'accès au

dossier médical, ni les participations forfaitaires (sauf celles prévues légalement sur certains actes tels que les actes lourds).

- **les dépassements des Prix Limite de Vente (PLV) des soins dentaires prothétiques à prise en charge renforcée ou à tarifs limités, les verres et monture de classe A et les aides auditives de classe 1 lorsque le professionnel de santé ne respecte pas ses engagements conventionnels**

Et de manière générale, le Contrat respecte les obligations et interdictions de prise en charge définies dans ce cadre législatif et réglementaire. Les garanties du présent Contrat sont automatiquement adaptées en cas de modifications de celles-ci.

La Convention se présente sous la forme de 2 gammes :

- Essentielle comprenant quatre formules A, B, C et D
- Confort comprenant six formules A, B, C, D, E et F

Sur cette base, les prestations versées par l'Assureur dépendent du niveau choisi qui figure au Certificat d'adhésion. Pour compléter les garanties des Adhérents, une convention d'assurance collective complémentaire a été souscrite par l'Association auprès de l'Assisteur, pour des garanties d'Assistance.

Chapitre 2 :

Lexique

Quelques définitions pour mieux nous comprendre
Pour vous faciliter la lecture de ce document, nous
avons défini certains termes fréquemment utilisés.
nous avons défini certains termes fréquemment utilisés.

Accident

Toute atteinte corporelle non intentionnelle dont est victime l'Assuré provenant exclusivement de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure.

Adhérent

La personne physique membre de l'Association Basel Medical Insurance (BMI) et répondant aux conditions d'adhésion mentionnées à l'article 3.2 « les conditions et formalités d'adhésion ». Elle est désignée au certificat d'adhésion.

Adhésion à distance

Tout contrat conclu entre un professionnel et un consommateur, dans le cadre d'un système organisé de vente ou de prestation de services à distance, sans

la présence physique simultanée du professionnel et du consommateur, par le recours exclusif à une ou plusieurs techniques de communication à distance jusqu'à la conclusion du contrat.

An (par)

Désigne l'année civile.

Année d'assurance

Par année d'assurance, il faut entendre une période de 12 mois complets décomptée à partir de la date d'effet des garanties.

Assuré(s) :

L'Adhérent et ses ayant s droit garantie(s) par le contrat et désigné(s) au Certificat d'adhésion

Ayants droit :

Le Conjoint de l'Adhérent ainsi que ses enfants à charge ou ceux de son conjoint tels que définis dans la Présente Notice d'information.

Avenant

Document matérialisant une modification de l'adhésion au contrat.

Base de remboursement (BR)

Tarif servant de référence à l'assurance maladie obligatoire pour déterminer le montant de son remboursement.

On parle de :

- tarif de convention (TC) lorsque les actes sont effectués par un professionnel conventionné. Il s'agit d'un tarif résultant d'une convention signée entre l'assurance maladie obligatoire et les représentants des professions concernées par cette convention ;
- tarif d'autorité (TA) pour les actes pratiqués par des professionnels de santé non conventionnés. Il s'agit d'un tarif forfaitaire servant de base de remboursement pour des actes pratiqués par des professionnels non conventionnés avec l'assurance maladie obligatoire. Ce tarif est très inférieur au tarif de convention ;
- tarif de responsabilité (TR) pour les médicaments, appareillages et autres biens médicaux.

Calcul de l'âge :

L'âge est calculé par différence de millésime entre l'année de naissance et selon le cas, celle de l'adhésion ou de la modification de l'adhésion

Catégories de médecin

Il existe plusieurs catégories de médecins selon qu'ils aient adhéré ou non aux conventions nationales entre leur profession et les Régimes obligatoires d'assurance maladie.

• Médecin conventionné en secteur 1

Il s'est engagé à pratiquer les honoraires fixés par la convention médicale dont il dépend et qui correspondent à la base de remboursement du Régime obligatoire.

• Médecin conventionné en secteur 1 avec dépassement permanent (DP)

En raison de ses titres, il a reçu l'autorisation de pratiquer des dépassements dans certaines conditions. Ces dépassements ne sont pas remboursés par le Régime obligatoire.

• Médecin conventionné en secteur 2

Il est autorisé à pratiquer des honoraires libres à condition qu'ils soient fixés avec « tact et mesure ». Ces dépassements ne sont pas remboursés par le Régime obligatoire. Cette possibilité de facturer des dépassements est aussi accordée aux chirurgiens-dentistes sur les tarifs des prothèses dentaires et de l'orthodontie.

• Médecin conventionné ayant souscrit à l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM ou OPTAM-CO)

En souscrivant à l'option pratique tarifaire maîtrisée (anciennement contrat d'accès aux soins) définie par la convention médicale, le médecin peut pratiquer des dépassements d'honoraires mais il s'engage à modérer et stabiliser ses tarifs.

• Médecin non conventionné

Il a choisi de se dégager personnellement de la convention. Il fixe lui-même son tarif. Les actes sont remboursés sur la base du tarif d'autorité.

Certificat d'Adhésion

Document émis par le Service Gestion de SPVIE Assurances qui matérialise l'acceptation de la demande d'adhésion et précise les garanties acceptées par l'assureur. Il mentionne notamment le nom de l'Adhérent et des personnes Assurées, la date d'effet de la garantie, la formule de garantie souscrite, la date d'échéance, le montant de la cotisation à la date d'effet de la garantie.

Chambre particulière :

Prestation, proposée par les établissements de santé qui permet à un patient hospitalisé d'être hébergé dans une chambre individuelle (pour une personne). Elle est facturée au patient lorsqu'il demande expressément à être hébergé en chambre individuelle. Elle n'est toutefois pas facturée lorsque la prescription médicale impose l'isolement, comme par exemple dans un établissement psychiatrique ou de soins de suite. Elle peut être prise en charge dans le cadre des garanties du contrat, pour

autant qu'elle soit prévue dans le tableau des garanties, à hauteur du montant journalier qui y figure et que l'hospitalisation soit supérieure à 24 heures (à minima une nuitée).

Concubinage :

Union de fait, caractérisée par une vie commune présentant un caractère de stabilité et de continuité, entre deux personnes, de sexe différent ou de même sexe, qui vivent en couple au sens de l'article 515-8 du Code civil, subordonné à l'absence de PACS conclu entre ces deux personnes qui doivent par ailleurs être libres de tout lien matrimonial (c'est-à-dire être célibataires, veufs ou divorcés).

En cas de concubinage, l'assureur se réserve la possibilité de demander toute preuve de vie commune.

Conjoint

Personne âgée de 18 à 85 ans inclus.

- Déclaré(e) en concubinage avec l'assuré principal au sens de l'article 515-8 du Code civil
- Déclaré(e) pacsé avec l'assuré principal au sens de l'article 515-1 du Code civil
- Déclaré(e) marié avec l'assuré principal non divorcé(e) et non séparé(e) de corps (séparation judiciairement ou amiable, dès lors qu'elle est transcrite à l'état civil)

Date d'effet

Date à laquelle débute prennent effet les garanties souscrites. Elle est indiquée au certificat d'adhésion. Elle peut être différente de la date d'échéance principale.

Déchéance

C'est la perte du droit à la prestation due en cas de sinistre suite au non-respect de la part de l'Assuré et de certaines dispositions du contrat.

Dépassement d'honoraires

La partie des honoraires dépassant la base de remboursement du Régime obligatoire d'assurance maladie et qui n'est jamais remboursée par ce dernier.

Domicile

Lieu de résidence principale ou adresse de l'Adhérent ou de l'Assuré précisé au certificat d'adhésion.

Échéance

Date de paiement de la cotisation ou d'une fraction de celle-ci si vous avez opté pour un paiement semestriel, trimestriel ou mensuel.

Échéance principale

Date de renouvellement de l'adhésion et date à partir de laquelle la cotisation est due pour l'année d'assurance à venir. Elle est fixée chaque année à la date anniversaire de la date d'effet de l'adhésion.

Enfants

Sont considérés comme enfants à charge : ceux de l'Adhérent, de son conjoint, à défaut, de son partenaire de PACS ou de son concubin tels que définis précédemment, sous réserve :

A - d'une part :

- qu'ils soient âgés de moins de 21 ans,
- qu'ils soient âgés de moins de 26 ans sous réserve d'une des conditions suivantes :
- poursuite de leurs études en ne disposant pas de ressources propres provenant d'une activité salariée, sauf emplois occasionnels ou saisonniers durant les études ou emplois rémunérés mensuellement moins de 65 % du SMIC,
- suivi d'une formation en alternance ou se trouvant sous contrat d'apprentissage,
- inscription au Pôle emploi comme primo demandeur d'emploi ou effectuant un stage préalablement à l'exercice d'un premier emploi rémunéré.
- quel que soit leur âge s'ils bénéficient d'une allocation prévue par la législation sociale en faveur des handicapés ou titulaires de la carte d'invalidité, devenue la carte « mobilité inclusion » prévue par l'article L. 241-3 du Code de l'action sociale et des familles, sous réserve que l'invalidité ait été reconnue avant leur 21ème anniversaire ou leur 28ème anniversaire s'ils poursuivaient des études.

B - et d'autre part :

- qu'ils bénéficient d'un régime de Sécurité sociale du fait de l'affiliation de l'assuré, de son conjoint, de son partenaire de PACS, de son concubin ou d'une affiliation personnelle, et qu'ils soient fiscalement à charge de l'assuré, c'est-à-dire pris en compte pour l'application du quotient familial ou
- qu'ils perçoivent une pension alimentaire que l'assuré déduit fiscalement de son revenu global.

L'assureur se réserve le droit de demander des justificatifs

Etablissements médico-sociaux

Etablissement assurant des soins et une éducation spéciale ou professionnelle au profit des personnes âgées, des adultes ou enfants handicapés et des personnes sans domicile.

France

Il s'agit de la France métropolitaine (y compris Corse) et des Outremer.

Forfait annuel

Lorsque les montants de remboursements sont exprimés sous la forme de forfaits, ces forfaits sont valables par année d'assurance et par Assuré. Ils ne sont pas cumulables d'une année sur l'autre.

Franchise médicale

En vigueur depuis le 1er janvier 2008, c'est une somme d'argent qui est déduite par la Sécurité sociale de chacun des remboursements de l'Assuré social (à l'exception des jeunes de moins de 18 ans, des bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire et de l'aide médicale de l'État, des femmes enceintes).

Elle s'élève à :

- 0,50 euro par boîte de médicaments délivrés en ville ;
- 0,50 euro par acte par un auxiliaire médical en ville, sans pouvoir excéder 2 euros par jour ;
- 2 euros par transport effectué en véhicule sanitaire hors urgence, sans pouvoir excéder 4 euros par jour.

Ces franchises sont décomptées dans la limite d'un plafond annuel qui ne pourra pas excéder 50 euros par personne. Les franchises médicales ne sont pas prises en charge par le contrat.

Honoraire limite de facturation (HLF)

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

Hospitalisation

Tout séjour pris en charge par le régime obligatoire de Sécurité sociale dans un établissement hospitalier (clinique ou hôpital, privé ou public) en France ou dans le monde entier. L'hospitalisation doit être prescrite par un médecin, pour y recevoir les soins nécessités par une maladie, une maternité ou un accident garanti. A l'étranger, on entend par établissement hospitalier, un établissement sous la surveillance permanente d'un personnel médical qualifié dirigé de jour et de nuit par un médecin. L'établissement doit posséder un fichier médical où chaque patient est enregistré.

Long séjour

Service ou unité dans un hôpital ou une clinique pour les personnes n'ayant pas leur autonomie de vie et dont l'état nécessite une surveillance médicale constante et des traitements d'entretien.

Maladie

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

Maternité

L'état de grossesse, l'interruption de grossesse (sauf interruption volontaire de grossesse), l'accouchement, les suites de couche ainsi que les complications pathologiques de ces événements.

Moyen séjour – Soins de suite ou réadaptation (SSR)

Service ou unité dans un hôpital ou une clinique pour les patients nécessitant des soins à leur rétablissement dans le cadre d'un traitement ou d'une surveillance médicale.

Nomenclatures des actes de la Sécurité sociale

Elles listent les actes et biens médicaux remboursables et servent de base pour les calculs des remboursements des Régimes obligatoires et complémentaires. Les nomenclatures utilisées sont la Nomenclature générale des actes professionnels (NGAP), la Classification commune des actes médicaux (CCAM), la Liste des produits et prestations (LPP) et la Table nationale de biologie (TNB).

Nous

Désigne l'assureur mentionné au certificat d'adhésion.

Nullité

C'est l'annulation pure et simple du contrat ou de l'adhésion qui est censé(e) alors n'avoir jamais existé (article L. 113-8 du Code des assurances).

PACSé

La personne liée à l'assuré par un Pacte Civil de Solidarité (PACS) : contrat conclu par deux personnes physiques majeures, de sexe différent ou de même sexe, pour organiser leur vie commune au sens de l'article 515-1 du Code civil

Parcours de soins

Il consiste à déclarer un médecin traitant auprès de l'assurance maladie obligatoire et à le consulter en priorité ou à consulter un médecin correspondant sur orientation du médecin traitant. Certains médecins spécialistes peuvent être consultés sans pour autant passer par le médecin traitant, il s'agit des gynécologues, ophtalmologues, stomatologues et pour les bénéficiaires âgés de 16 à 25 ans des psychiatres et neuro psychiatres.

Participation forfaitaire

En vigueur depuis le 1er janvier 2005, la participation forfaitaire est une somme de 1 euro laissée à la charge du patient pour tous les actes et consultations réalisés par un médecin, ainsi que pour tous les actes de biologie

et de radiologie. Cette participation est due par tous les Assurés sociaux à l'exception :

- des enfants de moins de 18 ans ;
- des femmes enceintes à partir du 6ème mois de grossesse ;
- et des bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire ou de l'Aide médicale de l'État (AME).

Le nombre de participations forfaitaires est plafonné à 4 euros par jour pour le même professionnel de santé et le même bénéficiaire, et à un montant de 50 euros par année civile et par personne.

Plafond annuel de remboursement

Seuil limite annuel de la prise en charge de l'assureur d'une dépense pour un type d'acte. Le plafond s'entend par année d'assurance, et ne peut être ni reporté ni cumulé d'une année sur l'autre.

Période de garantie

Elle correspond à la période pendant laquelle les garanties du contrat vous sont acquises. Elle débute à la prise d'effet de votre adhésion et cesse à la date de résiliation de votre adhésion.

Prix limite de vente

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

Régime obligatoire - RO

Il s'agit du ou des Régimes obligatoires d'assurance maladie de Sécurité sociale français auprès duquel sont respectivement affiliés l'Adhérent et les Assurés de l'adhésion au contrat.

Résiliation

C'est la cessation des effets de l'adhésion.

Service spécialisé

Tout séjour à l'hôpital ou en clinique prescrit par un médecin pour y recevoir les soins nécessités par une maladie ou un accident en service ou centre tel que : rééducation convalescence, réadaptation fonctionnelle, soins de suite, diététique, sevrage thérapeutique, ou maison d'enfants à caractère sanitaire, maison de repos.

Sinistre

L'événement, la maladie ou l'accident, mettant en jeu la garantie, alors que l'adhésion au contrat est en vigueur.

Tarif d'autorité – TA

Tarif forfaitaire servant de base de remboursement au Régime obligatoire pour les actes pratiqués par

des professionnels de santé non conventionnés avec l'assurance maladie obligatoire.

Tarif de convention – TC

Tarif de base utilisé par le Régime obligatoire pour le calcul des remboursements d'actes réalisés par un professionnel de santé conventionné. Il est déterminé conventionnellement entre les organismes de la Sécurité sociale, les fédérations des différents praticiens de santé et les établissements de soins.

Tarif de responsabilité – TR

Tarif de base utilisé par le Régime obligatoire pour le calcul du remboursement des médicaments, appareillages et autres biens médicaux.

Ticket modérateur - TM

Différence entre les tarifs de base (TC, TA, BR, TR) pris en compte par le Régime obligatoire et le remboursement effectué par ce dernier.

Transport

Le transport sanitaire du malade ou de l'accidenté de son domicile ou du lieu de l'accident à l'hôpital (ou à la clinique) le (ou la) plus proche. L'Assuré garde le libre choix de l'établissement hospitalier.

Vous

Désigne l'Adhérent.

Chapitre 3 :

Le fonctionnement de votre adhésion

Conformément au préambule de cette Notice d'information, le contrat se présente sous la forme de 2 gammes :

- Essentielle comprenant quatre formules A, B, C et D
- Confort comprenant six formules A, B, C, D, E et F

Sur cette base, les prestations versées par l'Assureur dépendent du niveau choisi qui figure au Certificat d'adhésion. Pour compléter les garanties des Adhérents, une convention d'assurance collective complémentaire a été souscrite par l'Association auprès de l'Assisteur, pour des garanties d'Assistance.

3.1 Conditions d'adhésion

Sont admissibles au contrat les personnes physiques :

- membres de l'Association BMI ,
- résidant en France Continentale, Corse ou dans l'un des départements ou Régions d'Outre-Mer (DROM),
- assujetties à un Régime Obligatoire d'assurance maladie français,
- âgées à l'adhésion d'au moins 18 ans et de moins de 85 ans,

En cas de non-respect de ces dispositions, vous vous exposez à ce que la nullité de votre adhésion au contrat SPVIE Santé Génius soit prononcée.

Peuvent également être Assurés au titre de votre adhésion et sous réserve d'être mentionnées au Certificat d'adhésion et que les cotisations correspondantes soient payées les personnes ci-après, ayant droit au sens du contrat, sous réserve qu'elles répondent aux définitions mentionnées au Lexique :

- votre Conjoint
- vos Enfants

Ces derniers doivent dans tous les cas être affiliés auprès d'un Régime obligatoire français en tant qu'Assuré social ou ayant droit.

3.2 formalités d'adhésion

3.2.1 – La demande d'adhésion

Quel que soit le mode d'adhésion au contrat, vous devez remplir, dater et signer un bulletin individuel d'adhésion comportant :

- **la gamme et la formule de garantie retenues parmi celles proposées dans le cadre du produit SPVIE GÉNIOUS.**
- des indications relatives à la situation personnelle et professionnelle des personnes à assurer.

Un complément d'information peut être demandé lors de l'étude du dossier.

L'adhésion prend effet à la date indiquée au Certificat

d'adhésion et sous réserve du paiement des cotisations et vient à échéance à la date anniversaire de la prise d'effet des garanties.

L'acceptation de l'adhésion est conditionnée à la complétude du Bulletin individuel d'adhésion ainsi qu'aux réponses aux demandes d'information le cas échéant.

Le défaut de réponse aura pour conséquence le non-examen du dossier.

Tout Assuré résilié dans le cadre d'une adhésion au présent contrat ne pourra être de nouveau admis que sur accord exprès de l'Assureur.

Vous vous engagez à déclarer à l'Assureur toute modification relative à votre situation entre la date de signature de la demande d'adhésion et la date à laquelle vous recevez votre certificat d'adhésion.

En cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle, l'Adhérent et l'Assuré, s'il est différent, s'exposent à la nullité de l'adhésion, conformément à l'article L. 113-8 du Code des assurances.

3.2.2 – Les modalités d'adhésion

L'adhésion au contrat **SPVIE Santé Génius** s'effectue selon l'une des modalités proposées et mises à disposition par SPVIE Assurances :

• Adhésion par voie téléphonique

L'adhésion est réalisée sur la base des renseignements que vous fournissez, lors des différents entretiens **téléphoniques**, en réponse à la demande d'adhésion qui vise à recueillir les éléments permettant votre identification et l'évaluation du risque à assurer. Après accord de votre part sur les conditions et caractéristiques de votre adhésion au contrat **SPVIE Santé Génius**, et acceptation de l'assureur via SPVIE Assurances, vous recevez par voie postale ou électronique votre dossier d'adhésion. Vous avez également la possibilité d'imprimer l'intégralité des documents sur le site , via votre espace personnel mis à votre disposition auprès de SPVIE Assurances.

Il est précisé que SPVIE Assurances s'engage à respecter en tous points la réglementation en vigueur en matière de démarchage téléphonique en assurance.

• Adhésion via le site Internet de SPVIE Assurances :

L'adhésion est réalisée sur la base des renseignements que vous fournissez en réponse aux demandes d'information sur le site internet à la demande d'adhésion qui vise à recueillir les éléments permettant votre identification et l'évaluation du risque à assurer. Après accord de votre part attesté par voie de signature électronique sur les conditions et caractéristiques de votre adhésion au contrat **SPVIE Santé Génius**, et acceptation de l'assureur via SPVIE Assurances,

vous recevez par voie postale ou électronique votre dossier d'adhésion. Vous avez également la possibilité d'imprimer l'intégralité des documents sur le site , via votre espace personnel mis à votre disposition auprès de SPVIE Assurances.

Quel que soit le mode de souscription, vous ne pouvez donner votre consentement à l'adhésion au contrat que si les informations pré contractuelles (Fiche IPID et notice d'information du contrat) vous ont été remises et que vous avez pris connaissance des modalités mentionnées dans ces documents préalablement à votre accord. Il vous sera donc demandé de valider cette prise de connaissance des informations contenues dans ces documents lors de la procédure d'acceptation.

3.3. L'âge limite d'adhésion

Âge limite d'adhésion lors de la prise d'effet des garanties : moins de 85 ans.

Rappel :

L'âge est calculé conformément au critère défini par le Lexique de la Présente Notice d'information.

3.4 Vos déclarations

3.4.1 À l'adhésion

L'adhésion est établie d'après vos déclarations et la cotisation fixée en conséquence.

L'adhésion est établie d'après les déclarations de l'Adhérent et de chacun des Assurés. Ils doivent en conséquence répondre aux questions posées par l'organisme assureur qui sont de nature à lui faire apprécier le risque qu'il prend à sa charge.

Vous devez déclarer les garanties de même nature souscrites par vous auprès d'autres assureurs.

3.4.2 En cours d'adhésion

En cours d'adhésion, et conformément à l'article L 113-2 du code des assurances, l'Assuré doit informer l'Assureur de tout changement de situation, **et notamment :**

- tout changement de la composition de la famille (naissance, mariage, décès) ;
- toute cessation ou changement d'affiliation d'un des Assurés au Régime obligatoire ;
- toute modification des éléments renseignés dans la proposition d'assurance ;
- tout changement de domicile ou fixation hors de France,
- tout changement d'adresse électronique,
- toute souscription de garanties de même nature auprès d'autres assureurs ;

Les déclarations en cours de contrat doivent être faites par lettre recommandée ou envoi recommandé

électronique adressé à SPVIE Assurances, dans un délai de 15 jours à partir du moment où vous en avez eu connaissance, sous peine des sanctions prévues par le Code des assurances à l'adresse postale suivante :

SPVIE
TSA 91005 – 59952 DUNKERQUE
Ou à l'adresse électronique suivante :
gestion.vad@spvie.com

3.4.3 La validité de vos déclarations

Vos déclarations et communications servent de base à l'application de votre adhésion et de la garantie, et n'ont d'effet que si elles sont parvenues à SPVIE Assurances par écrit, ou à défaut, confirmées par lui-même dans un document écrit lorsque vous l'aurez informé par un autre moyen.

L'emploi de documents ou la production de renseignements inexacts ayant pour but ou pour effet d'induire SPVIE Assurances ou l'Assureur en erreur sur les causes, circonstances, conséquences ou montant d'un sinistre entraîne la perte de tous droits à l'assurance.

3.4.4 Les conséquences

de la fausse déclaration

Toute réticence, fausse déclaration intentionnelle, toute omission ou déclaration inexacte entraîne l'application des sanctions prévues par le Code des assurances :

- article L. 113-8 – Nullité du contrat ;
- article L. 113-9 – Réduction des indemnités.

3.5 Le choix de la formule de garanties

Le contrat est composé de plusieurs gammes et formules de garanties à votre choix.

Au moment de l'adhésion, vous avez la possibilité de choisir la formule de garanties la mieux adaptée à votre situation. Votre choix devra être reporté sur votre bulletin individuel d'adhésion et vaudra tant pour vous-même que pour vos ayants droit le cas échéant.

3.6 La conclusion et la durée de l'adhésion au contrat

3.6.1 La conclusion de l'adhésion

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

Le certificat d'adhésion mentionne les caractéristiques propres à l'adhésion, notamment, l'identité de l'Adhérent et des ayants droit le cas échéant, la date d'effet de l'adhésion, la gamme et la formule de garantie et le montant des garanties souscrites, le montant des cotisations ainsi que les dérogations éventuelles aux conditions du contrat, **étant précisé que les garanties non**

mentionnées au certificat d'adhésion ne s'appliquent pas.

3.6.2 La durée de l'adhésion

L'adhésion au contrat est conclue pour une durée annuelle. La date d'échéance annuelle est fixée à la date de prise d'effet des garanties. .

Elle se renouvelle ensuite par tacite reconduction pour une durée annuelle, sauf dénonciation dans les cas et selon les modalités précisées à l'article 3.8 « la résiliation de l'adhésion au contrat ».

3.7 La prise d'effet des garanties

- Les délais d'attente
- La cessation des garanties

3.7.1 La prise d'effet

La date d'effet des garanties est indiquée au certificat d'adhésion. L'adhésion produira ses effets le lendemain du jour du paiement de la première cotisation ou fraction de cotisation et au plus tôt à la date fixée au certificat d'adhésion. La date d'effet des garanties ne peut être antérieure à la date de conclusion de l'adhésion. Les mêmes dispositions s'appliquent à tout avenant à l'adhésion.

3.7.2 Les délais d'attente

Les garanties sont acquises immédiatement et sans délai d'attente, à l'exception d'un délai d'un mois pour la seule Hospitalisation concernant les remboursements qui excèdent le Ticket Modérateur, hors accident.

3.7.3 La cessation de l'adhésion

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

- à la date à laquelle il ne répond plus aux conditions d'adhésion fixées par l'article 3.1 « les conditions d'adhésion » ;
- En cas de non-paiement de la cotisation ;
- A la date à laquelle il n'est plus membre de l'association BMI
- En cas de résiliation du contrat d'assurance
- En cas de résiliation de l'adhésion dans les conditions et selon les modalités définies à l'article 3.8 « la résiliation de l'adhésion »
- A la date du décès de l'Assuré. L'assureur rembourse prorata temporis, la partie de cotisation réglée correspondant à la période d'assurance non courue postérieure au décès.

3.8 La résiliation de l'adhésion au contrat

3.8.1. Par l'Adhérent

L'adhésion peut être résiliée :

- dans les conditions prévues à l'article L.113-16 du Code des assurances à savoir en cas de changement de profession ; de retraite professionnelle ou de cessation définitive d'article professionnelle, La résiliation ne peut

intervenir que dans les trois (3) mois de survenance de l'évènement et ne prend effet qu'un mois après information de l'autre partie ;

- À chaque échéance annuelle du contrat si la demande a été reçue avant cette échéance en notifiant votre résiliation avec un préavis minimum de 2 mois conformément à l'article L.113-12 du Code des assurances. La date d'expédition de votre notification de résiliation fait foi pour le respect du délai.
- À tout moment, après 12 mois effectifs d'assurance sans aucun frais supplémentaire. La résiliation prendra effet 1 mois après réception par l'Assureur de la demande de résiliation. Les cotisations sont dues jusqu'à la date effective de la résiliation de l'adhésion.
- en cas de révision des cotisations selon les dispositions de l'article 3.10.3 La révision du tarif, et ce dans les 30 jours suivant la date de la notification de cette modification.

L'ajustement, à l'échéance principale, de la cotisation en fonction de l'âge ne constitue pas un motif de résiliation pour l'Adhérent.

Les modalités de la résiliation :

Vous pouvez résilier votre adhésion par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique afin de conserver une preuve de votre demande, ou par tout autre moyen visé à l'article L 113-14 du code des assurances.

Adresse postale : SPVIE, TSA 91005, 59952 DUNKERQUE

Adresse courrier électronique : gestion.vad@spvie.com

La résiliation de l'adhésion par l'Assureur, doit vous être notifiée par lettre recommandée à votre dernier domicile connu.

3.8.2. Par l'Assureur

L'adhésion peut être résiliée :

- dans les conditions prévues à l'article L.113-12 du Code des assurances,
- en cas de non-paiement des cotisations conformément aux dispositions mentionnées à l'article 3.10.5 **Le non-paiement des cotisations ci-après**
- réticence ou fausse déclaration intentionnelle du risque à l'adhésion ou en cours de contrat ;
- aggravation du risque en cours d'adhésion (non lié à l'état de santé), si l'Assuré n'accepte pas le tarif proposé ;
- fraude ou tentative de fraude pour obtenir des prestations indues, étant précisé que **l'Assuré sera déchu de tout droit à prestations en cas de déclaration de sinistre frauduleuse ;**
- en cas de procédure de sauvegarde (article L. 622-13 du Code de commerce), de redressement judiciaire (art. L. 631-14 du Code de commerce), ou de liquidation judiciaire (article L 641-11-1 du Code de commerce) de l'Adhérent, et dans le respect des dispositions de ces textes.

3.8.3 De plein droit

- En cas de retrait de l'agrément de l'Assureur ;
- en cas de décès de l'Adhérent,
- pour chaque Assuré selon les garanties choisies et couvertes, dans les conditions prévues à l'article 2.7.3 La cessation de l'adhésion.

En cas de résiliation de l'adhésion, les prestations sont dues pour les soins et traitement en cours, jusqu'à la date d'effet de la résiliation de l'adhésion.

3.9 Le droit de renonciation en cas de démarchage à domicile ou de vente à distance

	Démarchage à domicile	Vente à distance
Définitions	« 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 ou par envoi recommandé électronique avec demande d'avis de réception pendant le délai de quatorze jours calendaires révolus à compter du jour de la conclusion du contrat, sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités. »	« Fourniture de services à un consommateur dans le cadre d'un système de vente ou de prestations de services à distance, organisé par le fournisseur ou par un intermédiaire qui, pour ce contrat, utilise exclusivement une ou plusieurs techniques de communication à distance jusqu'à, et y compris, la conclusion du contrat. »
Exécution immédiate du contrat		Le contrat peut être exécuté immédiatement et intégralement à compter de sa conclusion à la demande expresse de l'Adhérent. La cotisation dont l'Adhérent est redevable en contre-partie de l'exécution immédiate et intégrale du contrat avant l'expiration de ce délai de rétractation est égale au prorata de la cotisation annuelle pour la période écoulée entre la conclusion du contrat et l'éventuelle rétractation.

Modalités et conditions de renonciation	L'Adhérent a la faculté de renoncer à son adhésion dans un délai de 14 jours calendaires révolus à la date de conclusion du contrat (date indiquée sur le certificat d'adhésion). Il doit pour cela adresser à l'assureur sa demande par lettre recommandée avec accusé de réception. Le contrat ne doit pas avoir été conclu dans le cadre d'une activité professionnelle.	
Modèle de lettre de renonciation	<p>Je soussigné(e) (nom et prénom de l'Adhérent), demeurant à (domicile principal) ai l'honneur de vous informer que je renonce à mon adhésion au contrat SPVIE Santé Génius N° (numéro d'adhésion) que j'ai signée le (date).</p> <p>(Si des cotisations ont été versées) Je vous prie de me rembourser l'intégralité des sommes versées, déduction faite de la cotisation imputable au prorata de la période de garantie.</p> <p>(En cas de commercialisation à distance) Je m'engage, pour ma part, à rembourser le montant des prestations qui ont pu m'être versées. (Indiquez le lieu, la date et votre signature).</p>	
Perte de la faculté de renonciation	Si l'Adhérent a connaissance d'un sinistre mettant en jeu la garantie.	
Conséquences de la renonciation	<p>La renonciation prend effet à compter de la réception de la lettre recommandée avec accusé de réception.</p> <p>L'assureur procédera au remboursement des cotisations dans un délai de trente jours suivant la date de renonciation, déduction faite du montant correspondant à la durée où le contrat a effectivement produit ses effets.</p> <p>L'intégralité de la prime reste due à l'assureur, si l'Adhérent exerce son droit de renonciation alors qu'un sinistre mettant en jeu la garantie du contrat et dont il n'a pas eu connaissance est intervenu pendant le délai de renonciation.</p>	<p>Si l'Adhérent a demandé l'exécution de son adhésion dès sa conclusion, lorsque celui-ci exerce son droit de rétractation, il ne peut être tenu qu'au paiement proportionnel de la prime correspondante à la période d'assurance, à l'exclusion de toute pénalité.</p> <p>Si des cotisations ont été perçues, l'assureur les remboursera déduction faite de la cotisation au prorata de la période de garantie dans un délai de trente jours.</p>
Articles du Code des assurances	L. 112-9 du Code des assurances.	L. 112-2-1 du Code des assurances

3.10 Les cotisations

3.10.1 Le montant des cotisations

Le montant de votre cotisation est mentionné sur le Certificat d'Adhésion. Il est déterminé en fonction de la formule de garantie et des renforts choisis, de l'âge des Assurés, du lieu de votre domicile, de la composition familiale et des modalités de prise en charge et bases de remboursement en vigueur du ou des Régimes obligatoires dont vous et vos bénéficiaires relevez lors de la prise d'effet des garanties.

Indexation : Il évolue également contractuellement, à chaque échéance principale de **2,5%** par an jusqu'à l'âge de 74 ans puis **3%** par an jusqu'à 85 ans, au-delà augmentation du tarif de **4% par an**.

En cas d'ajout d'un nouvel Assuré la cotisation en vigueur est augmentée du montant de la cotisation respective lors de la prise d'effet de sa garantie. Le montant de la cotisation sera mentionné sur le nouveau Certificat

d'Adhésion ou sur l'avenant correspondant.

Votre cotisation peut varier en cas de changement du lieu de votre résidence ou du Régime Obligatoire d'un des Assurés.

Pour la détermination du montant de la cotisation en fonction de l'âge, nous prenons en compte la différence de millésimes entre l'année de l'adhésion et l'année de naissance.

Les taxes actuelles à la charge des Assurés sont comprises dans la cotisation.

3.10.2 La variation des cotisations

En sus de la clause d'indexation reprise ci-dessus, les cotisations évoluent à chaque échéance annuelle de l'adhésion en fonction de l'évolution des taux d'accroissement des dépenses de santé publiés par la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés et de la structure de nos remboursements.

Il est convenu que si les bases techniques de

détermination de ces taux d'accroissement venaient à être profondément modifiées, un nouvel indice de variation des cotisations serait défini.

Les cotisations peuvent également évoluer afin de prendre en compte les modifications des prestations allouées par votre Régime obligatoire et / ou toutes modifications législatives et réglementaires.

Dans ce cas la cotisation sera modifiée à partir de l'échéance qui suit immédiatement l'événement ou à la prochaine échéance principale de l'adhésion.

Les cotisations incluent l'ensemble des taxes et contributions. Toute modification ou ajout de taxe ou contribution de toute nature impliquera sans délai une variation de cotisations, s'agissant là de dispositions impératives.

3.10.3 La révision du tarif

L'assureur peut également être amené à modifier son tarif en cas d'évolution des résultats techniques constatée sur une ou plusieurs formules ou sur une catégorie de risques ou de garanties.

Les révisions tarifaires interviennent à partir de l'échéance qui suit immédiatement l'événement ou à la prochaine échéance principale de l'adhésion dans le respect des dispositions de l'article L 141-4 du code des assurances.

Dans cette hypothèse, vous aurez la faculté de résilier votre adhésion conformément à l'article 2.8 La résiliation de l'adhésion au contrat.

3.10.4 Le paiement des cotisations

Pour chaque année d'assurance, la cotisation est annuelle et payable d'avance.

Elle peut être, sous réserve de l'accord de l'assureur, fractionnée sous forme de paiements mensuels (uniquement par prélèvement automatique).

Il en est alors fait mention sur le certificat d'adhésion.

3.10.5 Le non-paiement des cotisations

Conformément aux dispositions de l'article L. 141-3 du Code des assurances, en cas de non-paiement des cotisations **l'Adhérent s'expose à une à exclusion du bénéfice de la garantie du contrat valant résiliation de l'adhésion.**

3.11 La 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.

3.11.1 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. 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 :

- 1) en cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'assureur en a eu connaissance ;
- 2) en cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand l'action de l'Assuré contre l'assureur a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'Assuré ou a été indemnisé par ce dernier. La prescription est portée à dix ans dans les contrats d'assurance sur la vie lorsque le bénéficiaire est une personne distincte du souscripteur et, dans les contrats d'assurance contre les accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'Assuré décédé. Pour les contrats d'assurance sur la vie, nonobstant les dispositions du 2^e alinéa ci-dessus, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès de l'Assuré.

3.11.2 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.

3.11.3 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.

3.11.4 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.

3.11.5 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.

3.11.6 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 2018.

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

a 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. Ces articles sont disponibles à la rubrique « Les codes en vigueur » du site Internet du service public de la diffusion du droit (<http://www.legifrance.gouv.fr>) ou sur simple demande écrite auprès de l'assureur.

3.12 La subrogation

En cas d'accident avec un tiers responsable, l'assureur exercera son recours conformément aux articles L. 121-12 et L. 131-2 du Code des assurances à concurrence des prestations et indemnités versées à l'Assuré.

3.13 Les réclamations – La médiation

3.13.1 La réclamation

En cas de difficultés dans l'application du présent contrat, l'Adhérent, l'assuré et/ou les bénéficiaires peuvent adresser leur réclamation à l'adresse suivante :

SPVIE ASSURANCES
Service Réclamations
26 rue Pagès, 92150 SURESNES

ou par courrier électronique à : reclamations@spvie.com
Pour toute réclamation relative au contrat d'assurance et ses garanties, vous pouvez vous adresser au service réclamations de l'assureur à l'adresse suivante : reclamation@acheel.com

Il sera accusé réception de la réclamation dans les dix (10) jours ouvrables à compter son envoi, sauf si la réponse elle-même est apportée dans ce délai. En tout état de cause, conformément à législation applicable, une réponse sera adressée avant l'expiration d'un délai de deux (2) mois à compter de l'envoi de votre première réclamation écrite sauf dispositions législatives ou réglementaires plus contraignantes.

3.13.2 La médiation

Lorsqu'aucune solution à un litige n'a pu être trouvée en l'absence de réponse à votre réclamation dans le délai de 2 mois à compter de l'envoi de la première réclamation écrite, l'adhérent, l'assuré, et/ou les bénéficiaires peuvent s'adresser au Médiateur de l'Assurance, à l'adresse suivante :

La Médiation de l'Assurance TSA 50010, 75441 PARIS CEDEX 09 France,

ou par voie électronique : <http://www.mediation-assurance.org> dans un délai maximal d'un an à compter de l'envoi de la réclamation écrite à l'organisme assureur et sans préjudice du droit d'agir en justice.

Le médiateur de l'assurance ne peut être saisi qu'après épuisement des procédures internes

La Médiation de l'Assurance ne peut être saisie si une action contentieuse a été ou est engagée. Le Médiateur de l'Assurance exerce sa mission en toute indépendance. À défaut de règlement amiable, toute difficulté entre les parties liée au contrat sera portée devant le tribunal compétent.

3.14 L'autorité de contrôle

L'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) est l'organe de supervision français de la banque et de l'assurance - 4 Place de Budapest - 75436 PARIS Cedex 09.

3.15 Loi applicable et tribunaux compétents

La présente Convention est régie par le Code des assurances. Elle est souscrite dans le cadre de l'article L.144-1 du Code des Assurances et de ses textes d'application (dispositif dit "Loi Madelin", Loi n°94-126 du 11 février 1994 relative à l'initiative et à l'entreprise individuelle).

Le droit applicable à la Convention est le droit français en tant que droit de l'État de la résidence principale et habituelle de l'Assuré à la date de signature de la demande d'adhésion. Dans toutes les hypothèses où un choix de loi applicable à la Convention serait ouvert, l'Assuré convient que la loi applicable est la loi française. Toutes modifications et évolutions législatives ou réglementaires s'imposeront à la présente Convention dans les conditions fixées par les textes.

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

3.16 – Protection des données à caractère personnel

3.16.1 Qualité des parties

Dans le cadre de la passation, la gestion et l'exécution du Contrat, des données à caractère personnel concernant l'Adhérent et les Assurés sont traitées par

SPVIE Assurances ainsi que par Acheel en leurs qualités de responsables conjoints de traitement.

Acheel, en sa qualité d'assureur, détermine les bases légales garantissant la licéité des traitements de données, ainsi que les objectifs et finalités principaux des traitements de données à caractère personnel nécessaires à la passation, la gestion, et l'exécution des contrats d'assurance.

SPVIE, en sa qualité de Courtier et délégataire de gestion, détermine quant à lui les bases légales des traitements nécessaires à la fourniture d'un conseil assurantiel adapté et à la proposition de contrats répondant à chaque situation ainsi qu'à la gestion de la relation commerciale et assure leur mise en œuvre technique et opérationnelle des traitements.

La relation entre SPVIE Assurances et Acheel en leur qualité de responsables de traitement conjoints, fait l'objet d'un acte juridique écrit reflétant dûment les rôles respectifs des responsables conjoints du traitement et leurs relations vis-à-vis de l'Adhérent et des Assurés. Les grandes lignes de cette relation peuvent être mis à disposition de l'Adhérent et des Assurés en adressant une demande écrite au Délégué à la Protection des Données.

3.16.2 Finalités des traitements de données personnelles

Aux fins de fournir les garanties du Contrat, les données à caractère personnel peuvent être traitées pour différentes finalités, mises en œuvre conformément aux réglementations applicables selon les bases légales décrites ci-dessous :

Finalité du traitement de données personnelles	Fondement légal permettant la mise en œuvre du traitement
Finalité 1 : Passation, gestion et exécution du contrat, pouvant notamment inclure des prises de décisions automatisées	
<ul style="list-style-type: none"> - Etude des besoins spécifiques de chaque assuré afin de proposer des contrats adaptés - Elaboration des statistiques et études actuarielles - Examen, acceptation, contrôle et surveillance du risque - Exécution des garanties des contrats - Gestion des contrats et Gestion des clients - Exercice des recours et gestion des réclamations et des contentieux 	<ul style="list-style-type: none"> - Le traitement est nécessaire à l'exécution d'un contrat auquel l'Adhérent et le(s) Assuré(s) est partie ou à l'exécution de mesures précontractuelles prises à la demande de ces derniers
<ul style="list-style-type: none"> - Exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur (il peut notamment s'agir de traitements relatifs à l'exécution des règles fiscales, sociales, etc. ou encore des obligations relatives à la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme) 	<ul style="list-style-type: none"> - Le traitement est nécessaire au respect d'une obligation légale à laquelle le responsable du traitement est soumis
<ul style="list-style-type: none"> - Lutte contre la fraude, ces dispositifs pouvant notamment conduire à l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude 	<ul style="list-style-type: none"> - Le traitement est nécessaire aux fins de l'exécution des contrats et aux intérêts légitimes poursuivis par les responsables du traitement. Ces intérêts consistent notamment à garantir (i) la pérennité de l'activité de l'assureur et des risques qu'il assure, et de (ii) favoriser l'équité entre Assurés (la mutualisation des cotisations et des risques étant au cœur des activités d'assurance).
<ul style="list-style-type: none"> - Mise en place d'actions de prévention proposées par l'assureur - Conduite d'activités de recherche et développement - Opérations de communication et de fidélisation de la clientèle ou d'amélioration de la qualité du service 	<ul style="list-style-type: none"> - Le traitement est nécessaire aux fins des intérêts légitimes poursuivis par le responsable du traitement. Ces intérêts consistent notamment en l'amélioration des produits et services aux clients, en la prévention et réduction des risques et sinistres, ou encore en la réalisation d'enquête de satisfaction ou autres opérations en relation avec la clientèle.
Finalité 2 : Prospection commerciale	
<ul style="list-style-type: none"> - Effectuer les opérations relatives à la gestion des prospects de l'Organisme d'assurance - L'acquisition, la cession, la location ou l'échange des données relatives à l'identification des prospects de l'Organisme d'assurance 	<ul style="list-style-type: none"> - Le traitement est nécessaire aux fins des intérêts légitimes des responsables de traitement conjoints aux fins de pouvoir développer leurs activités et proposer aux Adhérents et Assurés de nouveaux produits et offres. - Vous pouvez vous opposer à tout moment à ce traitement en exerçant vos droits, conformément au paragraphe « Exercice des droits » ci-dessous.

Des données de santé de l'Adhérent et des Assurés peuvent faire l'objet de traitements sur le fondement de l'article 9-2-b du Règlement Général sur la Protection des Données pour l'exécution des garanties du contrat en matière de protection sociale.

3.16.3 Information des Assurés par l'Adhérent

Dans le cadre de l'exécution du Contrat, l'Adhérent peut être amené à transmettre à l'Assureur ou au Délégué, de son plein grès, des données à caractère personnel relatives aux Bénéficiaires des garanties. L'Adhérent reconnaît et s'engage pleinement à informer les Assurés Bénéficiaires des présentes conditions relatives aux traitements de données à caractère personnel, notamment en portant à leur connaissance la présente Notice d'information.

3.16.4 Destinataires et transferts des données à caractère personnel

Les données relatives aux Adhérents et aux Assurés pourront être communiquées en tant que de besoin et au regard des finalités mentionnées ci-dessus, aux entités du groupe de sociétés auquel appartient Acheel dans le cadre de l'exercice de leurs missions, aux sous-traitants (hébergeur de données, prestataires de solutions informatiques, prestataires d'envois de courriers, etc.) agissant sur strictes instructions des responsables de traitement conjoints, aux réassureurs intervenant dans le cadre des garanties du présent Contrat, ainsi qu'aux mandataires et partenaires (partenaires intervenant dans le cadre des prestations d'assistance, etc.) des responsables de traitement conjoints. Certaines données pourront également être destinées à tous organismes professionnels ou administrations dans le cadre de leurs missions respectives ou pour répondre à des obligations légales.

Acheel et SPVIE favorisent le traitement des données à caractère personnel des Adhérents et Assurés au sein de pays membres de l'Union Européenne. La majorité des traitements de données sont opérés en France ou en Union Européenne. Dans le cadre de certaines activités, des données à caractère personnel des Adhérents et Assurés peuvent faire l'objet d'un transfert en dehors de l'Union Européenne en vertu de la mise en place de garanties appropriées (notamment la signature de clauses contractuelles types adoptées par une autorité de contrôle ou la

Commission européenne et/ou le respect d'un code de conduite) et/ou en vertu d'une décision d'adéquation de la Commission européenne vers un pays assurant un niveau de protection adéquat.

3.16.5 Durées de conservation des données

Les données à caractère personnel de l'Adhérent et des Assurés sont conservées durant toute la durée nécessaire à l'exécution du Contrat d'assurance, puis sont supprimées ou archivées au terme des obligations légales incombant aux responsables de traitement conjoints.

3.16.6 Exercice des droits

L'Adhérent et les Assurés disposent d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement ou de portabilité des données les concernant. Ils ont également la possibilité de définir des directives relatives à la conservation, à l'effacement et à la communication de leurs données après leur décès. Si L'Adhérent et les Assurés ont consenti de manière expresse à certaines utilisations de données, ils peuvent retirer ce consentement à tout moment sous réserve que le traitement ne conditionne pas l'application du Contrat ou le respect par les responsables de traitement conjoints d'une obligation légale ou réglementaire.

L'Adhérent et les Assurés peuvent également s'opposer au traitement de leurs données pour un motif légitime. Ils peuvent exercer ce droit d'opposition à tout moment et sans justifier d'un motif, pour ne plus recevoir par courrier, SMS et/ou mail des offres commerciales de la part des responsables conjoints de traitement pour leurs services et produits analogues.

Pour l'ensemble des demandes relatives à ces droits, l'Adhérent et les Assurés peuvent s'adresser aux Délégués de la Protection de données -DPO- de SPVIE Assurances et Acheel dont les coordonnées sont mentionnées ci - dessous.

Concernant les données collectées et traitées afin d'être traitées dans le cadre de la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme, L'Adhérent et les Assurés peuvent s'adresser directement auprès de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (<https://www.cnil.fr/>).

Tout Adhérent ou Assuré est informé qu'il est par ailleurs en droit de déposer une plainte auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés (<https://www.cnil.fr/>). Nous encourageons l'Adhérent et nos Assurés à contacter en amont nos Délégués à la Protection des Données pour toute problématique relative au traitement de leurs données personnelles.

3.16.7 Coordonnées du Délégué à la Protection des Données

Les responsables de traitement conjoints ont désigné un Délégué à la Protection des Données. Vous pouvez directement prendre contact avec ce dernier aux coordonnées suivantes :

- Pour l'Assureur (porteur de risque) Acheel par e-mail à l'adresse suivante : dpo@acheel.com
- Pour le Courtier et délégataire de gestion, SPVIE , par courrier postal à l'adresse suivante : SPVIE Assurances - Service Réclamation des Données - 26 rue Pagès - 92150 Suresnes ou vous adresser à notre Délégué à la Protection des Données en écrivant à SPVIE Assurances - DPO - 26 rue Pagès - 92150 Suresnes ou dpo-spvie@spvie.com.

3.17- Dispositions relatives à la dématérialisation et aux opérations en ligne valant convention de preuve

3.17.1- Dématérialisation des échanges entre l'adhérent et l'assureur

Dès lors que l'adhérent transmet à SPVIE Assurances une adresse de courrier électronique valide, le courtier pourra délivrer toutes informations et, plus généralement, adresser toutes correspondances quelconques à l'adhérent par voie électronique, à savoir, sur le site internet ou par courrier électronique (e-mail). À ce titre et conformément aux dispositions de l'article L. 111-10 du Code des assurances, SPVIE Assurances vérifiera la validité de cette adresse de courrier électronique par l'envoi d'un e-mail à cette même adresse en invitant l'adhérent à cliquer sur un lien aux fins de validation.

L'adhérent est informé que SPVIE Assurance reproduira cette vérification annuellement afin de lui permettre de poursuivre la communication dématérialisée avec l'adhérent et de considérer que ce moyen est adapté à la situation de l'adhérent.

Ainsi, dans l'hypothèse où l'adhérent ne valide pas son adresse électronique lors de l'une de ces vérifications annuelles, il ne sera plus considéré par SPVIE Assurances comme éligible aux échanges dématérialisés. Il appartiendra alors à l'adhérent, soit de valider son adresse de courrier électronique conformément à la procédure décrite ci-avant, soit de contacter SPVIE Assurances pour la remise en place du service. Il appartient à l'adhérent d'aviser immédiatement SPVIE Assurances de tout changement d'adresse e-mail. L'adhérent déclare et reconnaît en outre que tout écrit qui lui sera transmis par SPVIE Assurances sur support électronique sur le site Internet aura force probante

de son envoi et de sa réception et pourra lui être valablement opposé par SPVIE Assurances.

Pour conserver un envoi postal, sans frais, l'adhérent pourra adresser sa demande par courrier à l'adresse suivante : SPVIE -26 rue Pagès, 92150 SURESNES, en indiquant son identifiant personnel ainsi que son adresse e-mail.

3.17.2 Opérations transmises par voie électronique (« opérations en ligne »)

Durant la durée de son contrat, l'adhérent a la faculté de demander certaines opérations par le site Internet de SPVIE Assurances.

Le site mis à disposition de l'adhérent lui permet d'effectuer des demandes d'opérations. Les demandes ou les validations de l'adhérent sur le site sont transmises directement par voie électronique à SPVIE Assurances qui les exécute comme demandes d'opérations de l'adhérent, dans les délais éventuellement prévus au contrat, courant à compter de la demande ou de la validation de l'adhérent. Ces demandes et validations sont, aux termes du présent contrat, des opérations en ligne.

Cette possibilité n'est ouverte qu'après l'expiration du délai de renonciation mentionné dans le bulletin d'adhésion.

Les opérations en ligne sont réservées aux adhérents majeurs et juridiquement capables. Elles ne sont pas accessibles aux co-adhérents. Elles ne sont pas accessibles non plus si le contrat est nanti ou fait l'objet d'une délégation.

Certains actes, notamment l'acceptation par le bénéficiaire, ne pourront être faits en ligne. Les opérations concernées

seront alors transmises uniquement sur support papier et par voie postale.

En cas de suspension ou de suppression de l'accès à l'une des opérations en ligne, l'adhérent transmettra ses instructions de gestion sur support papier et par voie postale. Toute demande d'opération reçue par SPVIE, par voie électronique ou sur support papier, dès lors qu'elle entre dans les conditions du contrat d'assurance, est mise à exécution. Cette exécution sera considérée comme parfaite et ne pourra engager la responsabilité de SPVIE Assurances.

L'adhérent reconnaît de manière expresse et irrévocable que le recours aux opérations en ligne ne constitue pas une condition essentielle et déterminante de son adhésion au contrat.

L'adhérent sera réputé de convention expresse et irrévocable, avoir pris connaissance de manière incontestable du dit message du seul fait de son expédition à l'adresse e-mail connue de SPVIE Assurances.

3.17.3 Dispositions diverses

L'adhérent est informé que les dispositions relatives notamment aux conditions d'accès au site, d'attribution des identifiants et mots de passe dans le cadre de la dématérialisation et aux opérations en ligne figurent dans les conditions générales d'utilisation dont l'adhérent est tenu de prendre connaissance et d'accepter les termes lors de sa première connexion au site.

Chapitre 4 : Les garanties

4.1 Le cadre juridique

Les garanties du contrat sont dites « responsables ».

Elles respectent en cela l'ensemble des conditions du cahier des charges des contrats dits « responsables et solidaires » mentionnées à l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale et ses textes réglementaires d'application dont les articles R.871-1 et R. 871-2 du même code.

Elles garantissent le remboursement de l'ensemble des frais médicaux et chirurgicaux ayant donné lieu à un remboursement de la Sécurité sociale dans les conditions et limites de garanties mentionnées dans le tableau de garanties de la formule de garantie souscrite par l'Adhérent et dans le respect des obligations des minima/maxima et interdictions de prise en charge des frais de santé exposés prévus dans les textes précités.

En ce sens, il ne saurait donc être fait obstacle au remboursement de frais de santé remboursés à l'Assuré par le régime de Sécurité sociale à hauteur des minima mentionnés dans ces mêmes articles, lorsque l'Adhérent a souscrit une formule de garantie dite responsable.

Conformément au cahier des charges du contrat responsable, et notamment l'article R. 871-2 du Code de la sécurité sociale, le ticket modérateur pour les actes de prévention qui relèvent d'un des postes de frais listé à l'article R. 160-5 du Code de la sécurité sociale est pris en charge (cf. Tableau de garanties).

Rappel des interdictions de prise en charge :

Le contrat responsable :

- ne peut pas prendre en charge la majoration du ticket modérateur de la Sécurité sociale en cas de non-respect du parcours de soins, prévue à l'article L. 162-5-3 du Code de la Sécurité sociale.
- ne peut pas prendre en charge la contribution forfaitaire et la franchise médicale prévues aux II et III de l'article L.160-13 du Code de la Sécurité sociale.
- doit laisser à la charge des Assurés une part forfaitaire

sur le dépassement d'honoraires des spécialistes consultés en dehors du parcours de soins, prévu au point 18 de l'article L. 162-5 du Code de la Sécurité sociale.

En cas d'évolutions législatives et/ou réglementaires effectuées dans le cadre du contrat responsable, les garanties du contrat seront mises en conformité après information préalable, sauf refus exprimé de votre part (article L. 112-3 alinéa 5 du Code des assurances).

4.2 L'objet du contrat

Le contrat a pour objet de garantir le remboursement des dépenses de santé engagées par les personnes Assurées et occasionnées à la suite d'une maladie, d'un accident ou d'une maternité.

Les frais pouvant faire l'objet d'une prise en charge partielle ou totale sont ceux exclusivement listés dans le tableau des garanties au regard de chacun des grands postes de garantie (Hospitalisation, Soins courants, Dentaire, Optique, Aides auditives, etc.)

4.3 Ce que garantit le contrat

4.3.1 La garantie santé

- **Les garanties du contrat garantissent** le remboursement de l'ensemble des frais médicaux et chirurgicaux ayant donné lieu à un remboursement de la Sécurité sociale :
 - dans les conditions et limites de garanties mentionnées dans le tableau de garanties de la formule de garantie souscrite par l'Adhérent
 - et dans le respect des obligations des minima/maxima et interdiction de prise en charge des frais de santé exposés prévus à l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale et ses textes réglementaires d'application dont les articles R 871-1 et 2 du même code.
- **Elles peuvent également prévoir le remboursement de certains frais non pris en charge par la Sécurité sociale** à hauteur de la participation qui y est indiquée au regard de chacune des formules de garantie concernée à la condition qu'il en soit fait mention dans le tableau des garanties.
- Lorsqu'elles ne sont pas évoquées sous la forme « Remboursement intégral » ou « Frais réels », les garanties sont exprimées sous la forme de forfait (en euro) ou en pourcentage des bases de remboursement de la Sécurité sociale incluant le remboursement de la Sécurité sociale. Elles s'entendent toujours dans la limite des frais réellement engagés et des « Prix Limites de Ventes » (PLV) et « Honoraires Limites de Facturation » (HLF) déterminés par la réglementation en vigueur.

- Le versement des forfaits est effectué dans la limite des frais réellement engagés et sur justificatifs.
- Pour chaque Assuré, sont couvertes les dépenses de santé engagées entre les dates d'effet et de résiliation de sa garantie. Servent de référence, la date des soins retenue par le régime obligatoire pour les actes remboursés par la Sécurité sociale, la date de prescription médicale pour les actes non pris en charge par le régime obligatoire et pour l'optique la date de facturation de l'équipement. Les dates de proposition, d'exécution et de paiement des actes et travaux dentaires doivent se situer dans la période de garantie.

4.3.2 La dispense d'avance de frais (Tiers payant)

Les Assurés bénéficient de la dispense d'avance des frais, au moins à hauteur des tarifs de responsabilité, sur les prestations faisant l'objet des garanties prévues pour les contrats responsables et indiquées sur l'attestation de tiers payant.

La prise en charge peut être obtenue sur simple présentation de votre attestation de tiers payant en cours de validité, sous réserve que le professionnel de santé ou l'établissement de santé accepte le tiers payant.

En dehors du parcours de soins, le tiers payant n'est pas possible.

4.4 La modification des garanties

Les modifications de garanties à la hausse ou à la baisse ne pourront se faire qu'à la date d'échéance principale de l'adhésion, sous réserve d'en effectuer la demande au moins deux mois avant cette date et de respecter les limites d'âge d'accès aux garanties fixées par l'article 2.3. L'âge limite d'adhésion de la présente notice d'information.

Les modifications s'appliquent à l'ensemble des Assurés de l'adhésion.

4.5 L'étendue territoriale des garanties

La garantie remboursement des frais médicaux, chirurgicaux et / ou d'hospitalisation, de votre contrat s'exerce dans tous les pays, à partir du moment où le Régime obligatoire français intervient.

Chapitre 5 :

Les exclusions et limitations de garantie

5.1 Les cas où la garantie ne s'exerce pas

Ainsi qu'évoqué au paragraphe 4.1 Le cadre juridique, les différentes formules du contrat étant responsables, les garanties ne sauraient couvrir :

- la majoration du ticket modérateur de la Sécurité

sociale en cas de non-respect du parcours de soins, prévue à l'article L. 162-5-3 du Code de la Sécurité sociale ;

- **la contribution forfaitaire et la franchise médicale prévues au II et III de l'article L. 160-13 du Code de la Sécurité sociale ;**

- **une part forfaitaire sur le dépassement d'honoraires des spécialistes consultés en dehors du parcours de soins, prévue au point 18 de l'article L. 162-5 du Code de la Sécurité sociale.**

Elles ne garantissent également pas les frais relatifs à des séjours en établissements médico-sociaux, services ou unités de soins de longues durées (USLD), maisons de retraite, logements foyer pour personnes âgées, cures médicales spécialisées ou non.

5.2 Les limitations de la garantie santé

Elles sont mentionnées dans le tableau des garanties du contrat ou au bas de celui-ci pour les formules de garantie concernées par les limitations.

En aucun cas, le versement de prestations, même effectué à plusieurs reprises, ne saurait constituer une renonciation de l'Assureur à l'une des exclusions de garanties prévues au contrat.

Chapitre 6 :

Le règlement des prestations

6.1 Le règlement des prestations

6.1.1 La procédure simplifiée

• La 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.

Directement reliés aux services informatiques des différentes caisses, nous ferons un traitement simultané du calcul de notre participation au remboursement des frais exposés et effectuerons le paiement correspondant. Ainsi, vous n'aurez pas à nous transmettre le décompte des prestations de votre régime obligatoire français.

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 adressés à l'adresse suivante :

SPVIE
TSA 91005 – 59952 DUNKERQUE CEDEX 1
Ou par courrier électronique à :
remboursement@spvie.com

• Le tiers payant

Le contrat permet à l'assuré et à ses ayants droit de bénéficier du mécanisme de tiers payant (dispense d'avance de frais) sur les actes pratiqués par les professionnels de santé.

Le bénéfice du tiers payant peut être conditionné au respect par le professionnel de santé de tarifs maximum ainsi que

des tarifs contractuels, le cas échéant, dans des réseaux.

L'utilisation de la carte de tiers payant n'est acquise, sous peine de poursuites, que si l'Adhérent est à jour de ses cotisations au jour de l'utilisation de ladite attestation. En cas d'utilisation frauduleuse de l'attestation de tiers payant, l'assureur pourra demander à l'Adhérent le remboursement des sommes exposées auprès des professionnels de santé consultés.

L'Adhérent qui cesse pour quelque raison que ce soit de bénéficier des garanties s'engage à restituer immédiatement son attestation en cours de validité.

6.1.2 La procédure classique

Lorsque vous ne bénéficiez pas de la télétransmission,

ou que le règlement des frais n'a pas été effectué directement au professionnel de santé, pour obtenir le remboursement des dépenses prises en charge selon la formule de garanties souscrite, vous devez faire parvenir à CGRM les pièces mentionnées ci-après, accompagnées, le cas échéant, du refus de prise en charge du Régime obligatoire.

Les remboursements de la garantie santé	Les documents et justificatifs à transmettre
La médecine courante	<ul style="list-style-type: none"> • Les décomptes originaux des prestations du régime obligatoire
L'hospitalisation	<ul style="list-style-type: none"> • L'original du décompte des prestations du régime obligatoire. • Les originaux des factures de l'établissement hospitalier, les notes d'honoraires des chirurgiens et autres frais acquittés justifiant les dépenses réelles, lorsque les frais n'ont fait l'objet d'aucun remboursement par le régime obligatoire.
L'optique	<ul style="list-style-type: none"> • L'original du décompte du régime obligatoire ; • la facture détaillée établie par l'opticien. • La facture détaillée acquittée établie par l'opticien pour les lentilles prescrites non remboursées.
dentaire	<ul style="list-style-type: none"> • L'original du décompte du régime obligatoire ; • la facture détaillée établie par le dentiste.
La chirurgie réfractive	<ul style="list-style-type: none"> • La prescription médicale, ainsi que l'original de la facture détaillée de l'établissement hospitalier
Les appareillages et autres pro- thèses médicales ou auditives	<ul style="list-style-type: none"> • L'original du décompte du régime obligatoire ; • la facture détaillée.
Vaccins	<ul style="list-style-type: none"> • La copie de la prescription médicale ainsi que l'original de la facture détaillée
La médecine naturelle non remboursée	<ul style="list-style-type: none"> • Les notes d'honoraires et autres factures acquittées justifiant les dépenses réelles ; • l'original de l'ordonnance établie par un médecin.

Si l'Assuré, préalablement à sa demande de remboursement présentée à CGRM, a déjà bénéficié d'une prise en charge de ses frais par un premier organisme complémentaire, il devra, en complément des pièces et éléments mentionnés ci-dessus, communiquer le décompte original de ce régime complémentaire. Pour tenir compte de la situation particulière de certains dossiers, l'assureur et CGRM se réservent la possibilité de demander des pièces complémentaires à celles figurant dans le tableau ci-dessus.

Le cumul des divers remboursements obtenus par l'Adhérent ne peut excéder la dépense réelle.

6.1.3 Le paiement des prestations

Le remboursement des frais médicaux est toujours établi à l'ordre de l'Adhérent pour l'ensemble des Assurés et effectué en France dans la monnaie légale de l'État Français.

6.2 Les renseignements complémentaires

Le médecin-conseil de l'assureur peut vous demander tous renseignements complémentaires sur la maladie ou l'accident traité, et notamment de répondre à un questionnaire ou de fournir une attestation médicale.

Vous pouvez lui communiquer ces renseignements directement, à son attention exclusive.

6.3 Le contrôle et expertise

Sauf cas de force majeure, l'Assuré malade ou accidenté doit, le cas échéant, à notre demande, se soumettre à l'examen d'un médecin mandaté par nous.

Toute contestation de l'Adhérent sur les conclusions de l'expert relatives à son état de santé entraînera la procédure qui suit :

L'expertise contradictoire : en cas de désaccord sur les conclusions de l'expert de l'assureur, les parties peuvent procéder à une expertise amiable contradictoire durant laquelle chacune d'elles devra se faire assister par le médecin de son choix. Chaque partie paie les frais et honoraires de son médecin ;

Compromis d'arbitrage : si un désaccord sur l'état de santé de l'Adhérent subsiste après l'expertise contradictoire, les parties intéressées pourront convenir, si elles le souhaitent, de s'en remettre à un médecin tiers-arbitre désigné d'un commun accord. Faute d'entente sur le choix de ce dernier, il sera désigné par le président du tribunal de grande instance du domicile de l'Adhérent situé en France.

Chaque partie paie les frais et honoraires du médecin qui l'assiste. En revanche, les honoraires du tiers arbitre, ainsi que, s'il y a lieu, les frais de sa nomination judiciaire

sont payés par moitié par chacune des parties.

Les conclusions rendues par le tiers arbitre s'imposeront aux parties qui ne pourront former de recours ultérieur envers celles-ci.

6.4 Les délais à respecter

Les demandes de remboursement doivent parvenir au délégataire de gestion dans un délai de deux ans suivant la date de cessation des soins, sous peine de déchéance. Le délai est ramené à trois mois en cas de résiliation de l'adhésion.

6.5 Les sanctions

Si l'Assuré ne respecte pas un des points précédemment énoncés, le délégataire de gestion pourra refuser le remboursement.

Notice d'information

CONTRAT COLLECTIF COMPLÉMENTAIRE SANTÉ À ADHÉSION FACULTATIVE



SPVIE Santé Génius • N° HEAACHSPV5

Assureur : ACHEEL • 128 rue La Boétie • 75008 Paris - SIREN 879 605 350 • Société Anonyme au capital de 46 812,48 euros • Entreprise régie par le Code des assurances et soumise à l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR, 4 Place de Budapest CS 92459, 75436 Paris)

Souscripteur : BMI (Basel Medical Insurance) • Association régie par la Loi 1901 déclarée en Préfecture des Hauts de Seine, inscrite au Répertoire National des Associations sous le n° W922009876 • Son siège social est situé : 26 rue Pagès, 92150 Suresnes

SPVIE Assurances • SAS de courtage au capital de 48.868,30 € • Siège social : 26 rue Pagès – 92150 SURESNES • RCS de Nanterre n° 525 355 251 • N° ORIAS 10 058 151 (www.orias.fr) • sous le contrôle de l'ACPR, 4 Place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09 (<https://acpr.banque-france.fr/>)