

NOTICE D'INFORMATION

valant Conditions Générales

SPVIE Santé Famille **+**
N° 32610



SOMMAIRE

LEXIQUE

I - Dispositions générales

- 1.1** Objet du contrat
- 1.2** Prise d'effet, Durée, renouvellement et résiliation du contrat
- 1.3** Références légales
- 1.4** Contrat solidaire
- 1.5** Evolution du risque
- 1.6** Conditions et formalités d'adhésion au contrat
- 1.7** Modification de l'adhésion
- 1.8** Effet, durée et renouvellement de l'adhésion et des garanties
- 1.9** Renonciation
- 1.10** Bénéficiaires des garanties
- 1.11** Obligations des parties
- 1.12** Dispositions diverses

II - Cotisation

- 2.1** Assiette et montant de la cotisation
- 2.2** Indexation
- 2.3** Modalités de paiement
- 2.4** Défaut de paiement

III - Garanties frais médicaux et chirurgicaux

- 3.1** Objet de la garantie
- 3.2** Prestations
- 3.3** Règlement des prestations
- 3.4** Contrôle médical
- 3.5** Reprise des indus

LEXIQUE

Dans le présent contrat les termes suivants sont utilisés :

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

Assureur : QUATREM - SA au capital de 510 426 261 euros - régie par le code des assurances – 21 rue Laffitte 75009 Paris - 412 367 724 RCS Paris - Société du groupe Malakoff Humanis.

Souscripteur : L'Association Basel Medical Insurance (BMI) qui a conclu le contrat d'assurance avec l'assureur. Cette association est une association de la loi de 1901 dont le siège est situé 26 rue Pagès – 92150 SURESNES.

Adhérent : La personne physique, membre de l'association BMI, répondant aux conditions d'adhésion objet de l'article 1.6.1 (Conditions d'adhésion au contrat), adhérent au contrat.

Assuré : L'adhérent admis à l'assurance sur qui repose le risque assuré.

Ascendant : Sont considérés comme Ascendants :

- les pères, mères de l'assuré
 - les beaux-pères, belles-mères de l'assuré
- sous réserve d'être âgés d'au plus 90 ans à l'adhésion,
Et dans la limite de 2 Ascendants par Assuré.

Conjoint : L'époux ou l'épouse de l'assuré non séparé de corps (séparation judiciaire ou amiable, dès lors qu'elle est transcrite à l'état civil) ou ni divorcé(e).

Concubin : La personne vivant en Concubinage avec l'assuré sous réserve que l'assuré et son Concubin :

- Soient libres de tout lien matrimonial c'est-à-dire célibataires, veufs ou divorcés,
- N'aient pas conclu de PACS.

Le Concubinage est une union de fait caractérisée par une vie commune présentant un caractère de stabilité et de continuité entre deux personnes physiques majeures qui vivent en couple.

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

Enfants à charge : Sont considérés comme Enfants à charge : ceux de l'assuré, de son Conjoint, à défaut, de son partenaire de PACS ou de son Concubin tels que définis précédemment, qui remplissent les conditions cumulatives suivantes:

- être âgés de moins de 21 ans ;
- bénéficiant d'un régime de Sécurité sociale (du fait de l'affiliation de l'assuré, de celle de son conjoint ou d'une affiliation personnelle) ;
- être fiscalement à charge de l'assuré, c'est-à-dire pris en compte pour l'application du quotient familial ou qui perçoivent une pension alimentaire que l'assuré déduit fiscalement de son revenu global.

Cette limite d'âge est portée à 26 ans pour ses Enfants à charge qui remplissent l'une des conditions suivantes :

- s'ils poursuivent leurs études et ne disposent pas de ressources propres provenant d'une activité salariée, sauf emplois occasionnels ou saisonniers durant les études ou emplois rémunérés mensuellement moins de 65 % du SMIC ;
- s'ils suivent une formation en alternance ou se trouvent sous contrat d'apprentissage;
- s'ils sont inscrits à Pôle emploi comme primo demandeurs d'emploi ou effectuent un stage préalablement à l'exercice d'un premier emploi rémunéré.

La limite d'âge est supprimée pour ses Enfants à charge qui bénéficient d'une allocation prévue par la législation sociale en faveur des handicapés ou qui sont titulaires de la carte d'invalidité ou de la carte mobilité inclusion portant la mention « invalidité » prévue par l'article L 241-3 du Code de l'action sociale et des familles, sous réserve que l'invalidité ait été reconnue avant leur 21ème anniversaire ou leur 28ème anniversaire s'ils poursuivaient des études.

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 l'année à laquelle se rapportent les cotisations.

Dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée : Dispositifs prévus par une ou plusieurs conventions nationales signée par l'UNOCAM et au moins une des organisations syndicales représentatives des professionnels de santé, ayant pour objet la maîtrise de leurs dépassements d'honoraires : Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM ou OPTAM- CO spécialité chirurgicale ou de gynécologie-obstétrique).

Les professionnels de santé conventionnés exerçant en secteur 2 ou titulaires d'un droit de dépassement ayant choisi un de ces dispositifs sont consultables sur ameli-direct.fr.

Base de remboursement du régime obligatoire : Le montant défini par le régime obligatoire pour rembourser les frais médicaux.

Franchise (Article L.160-13 du code de la Sécurité sociale) : La franchise est une somme déduite des remboursements effectués par le régime obligatoire sur les frais pharmaceutiques, les actes des auxiliaires médicaux, les frais de transports sanitaires à l'exception des transports d'urgence.

La franchise n'est pas remboursée par l'assureur.

Accident : Toute atteinte à l'intégrité physique, non intentionnelle et provenant de l'action, soudaine et imprévisible d'une cause extérieure à l'assuré.

Maladie : Désigne toute altération de la santé constatée par une autorité médicale compétente.

Maternité : Etat de la femme lui permettant de bénéficier des prestations de l'assurance maternité.

Parcours de soins : Passage par le médecin traitant choisi par l'assuré avant d'être orienté vers un autre médecin, sauf en cas d'urgence, d'éloignement du domicile ou lorsqu'un accès direct à un spécialiste est autorisé (ophtalmologue, gynécologue ainsi que, pour les patients âgés de 16 ans à moins de 26 ans, psychiatre et neuropsychiatre). Le parcours de soins concerne les patients à partir de 16 ans. Le non-respect du parcours de soin engendre la majoration du ticket modérateur qui ne sera pas pris en charge par l'assureur.

Participation forfaitaire :

1. Participation forfaitaire

Montant forfaitaire non remboursé par le régime obligatoire. Cette participation forfaitaire, à la charge de l'assuré, concerne les consultations, les actes des médecins et les actes biologiques.

La participation forfaitaire n'est pas remboursée par l'assureur.

2. Participation forfaitaire « actes lourds »

Ticket modérateur forfaitaire appliqué sur les actes supérieurs au montant fixé par l'Etat et dont le coefficient est égal ou supérieur à 60.

La participation forfaitaire « actes lourds » est remboursée par l'assureur.

Plafond Annuel de la Sécurité sociale : Salaire de référence fixé annuellement par arrêté publié au journal officiel qui sert au calcul des tranches de cotisations sociales. Sa valeur annuelle peut servir au calcul de la cotisation due par l'assuré. Certaines prestations sont exprimées en pourcentage de sa valeur mensuelle.

Son évolution est consultable sur www.securite-sociale.fr

Prestations en nature : Le remboursement des dépenses de frais de soins (frais médicaux, frais chirurgicaux, pharmaceutiques,) ou de service (séjour en établissement hospitalier) exposées par l'assuré.

Régime Obligatoire – RO : Régime général ou local (régime Alsace Moselle) obligatoire d'assurance maladie dont dépend l'assuré et/ou ses ayants droit.

Reste à charge : Part des dépenses de santé qui reste à la charge de l'assuré social après le remboursement du régime obligatoire. Il est constitué :

- du ticket modérateur, étant rappelé que la participation forfaitaire et la franchise ne sont pas prises en charge par l'assureur,
- de l'éventuel dépassement d'honoraires.

Secteur conventionné : L'ensemble des professionnels de santé ayant adhéré à la convention passée entre leurs représentants et le régime obligatoire et pratiquant des tarifs contrôlés. A l'intérieur de ce secteur conventionné, les professionnels du secteur 1 s'engagent à respecter les bases de remboursement du régime obligatoire. Ceux du secteur 2 sont autorisés par convention à dépasser les bases de remboursements du régime obligatoire. Le ticket modérateur et le dépassement de la base de remboursement du régime obligatoire sont à la charge de l'assuré.

Secteur non conventionné : L'ensemble des professionnels de santé n'ayant pas adhéré à la convention passée entre leurs représentants et le régime obligatoire et pratiquant des tarifs libres. Le remboursement des actes par le régime obligatoire est alors effectué sur une base minorée.

Service Médical Rendu (S.M.R.) : Critère utilisé en santé publique pour classer les médicaments en 4 niveaux (majeur, modéré, faible, insuffisant) et fixer leur taux de remboursement par le régime obligatoire.

Sinistre : la survenance des soins

Ticket Modérateur : Participation de l'assuré aux tarifs définis par le régime obligatoire pour rembourser les frais médicaux. Cette participation peut être réduite ou supprimée dans certains cas mentionnés à l'article R. 160-16 du Code de la Sécurité sociale.

UNOCAM : Union Nationale des Organismes d'Assurance Maladie Complémentaire, association, fondée le 23 mai 2005, représente à travers ses membres tous les opérateurs en assurance maladie complémentaire. Ces derniers échangent et se concertent pour construire des positions communes sur toute question relative à l'assurance maladie et à l'évolution du financement du système de santé. Dans ce cadre, l'UNOCAM a établi un « glossaire » explicatif des termes utilisés par les différents acteurs permettant aux assurés de mieux comprendre leurs garanties.

Ce « glossaire » est consultable sur le site internet : <https://unocam.fr/glossary/>

I - DISPOSITIONS GÉNÉRALES

1.1 OBJET DU CONTRAT

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

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

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 SANTE FAMILLE ⁺ sont assurées par QUATREM sous le numéro 32610.

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.

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

Le contrat conclu entre le souscripteur, l'association BMI, et l'assureur prend effet le **1er mai 2020**. Il est souscrit pour une période se terminant le 31 décembre de l'année au cours de laquelle il a pris effet.

Le contrat se renouvelle ensuite par tacite reconduction le premier janvier de chaque année pour des périodes successives d'UN (1) an.

Chacune des parties signataires du présent contrat peut résilier le contrat DEUX (2) mois au moins avant chaque date de renouvellement soit au plus tard le 31 octobre (le cachet de la poste faisant foi). La résiliation à l'initiative de l'assureur s'effectue par lettre recommandée.

Le souscripteur peut, après expiration d'un délai d'UN (1) an à compter de la souscription, résilier le contrat sans frais ni pénalités. La résiliation du contrat prend effet à défaut d'accord des parties UN (1) mois après la réception par l'assureur de la notification du souscripteur.

Lorsque le souscripteur a le droit de résilier le contrat, la notification de la résiliation peut être effectuée, à son choix :

- soit par lettre ou tout autre support durable ;
- soit par déclaration faite au siège social ou chez le représentant de l'assureur ;
- soit par acte extrajudiciaire ;
- soit, lorsque l'assureur propose la conclusion du contrat par un mode de communication à distance, par le même mode de communication.

Le destinataire confirme par écrit la réception de la notification.

Dans le cas où le souscripteur souhaite résilier un contrat conclu pour le remboursement et l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident afin de souscrire un nouveau contrat auprès d'un nouvel organisme, celui-ci effectue pour le compte du souscripteur souhaitant le rejoindre les formalités nécessaires à l'exercice du droit de résiliation dans les conditions prévues au contrat. Les organismes intéressés s'assurent de l'absence d'interruption de la couverture des assurés durant la procédure.

Le contrat prend fin en cas de résiliation conformément aux dispositions prévues ci-dessus ainsi qu'à celles de l'article 1.5 (Evolution du risque) et de l'article 2.4 (Défaut de paiement).

1.3 RÉFÉRENCES LÉGALES

1.3.1 Obligations de déclaration

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

Fausse déclaration

Toute réticence ou fausse déclaration modifiant l'objet du risque ou en diminuant l'opinion pour l'assureur entraînerait l'application des articles L113-8 et L113-9 du code des assurances qui prévoient :

- Article L113-8 « Indépendamment des causes ordinaires de nullité, et sous réserve des dispositions de l'article L132-26, le contrat d'assurance est nul en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de l'assuré, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour l'assureur, alors même que le risque omis ou dénaturé par l'assuré a été sans influence sur le sinistre. Les primes payées demeurent alors acquises à l'assureur, qui a droit au paiement de toutes les primes échues à titre de dommages et intérêts. Les dispositions du second alinéa du présent article ne sont pas applicables aux assurances sur la vie. »

L'assureur doit justifier par tous moyens de l'existence du caractère intentionnel de la fausse déclaration.

- Article L113-9 « L'omission ou la déclaration inexacte de la part de l'assuré dont la mauvaise foi n'est pas établie n'entraîne pas la nullité de l'assurance. Si elle est constatée avant tout sinistre, l'assureur a le droit soit de maintenir le contrat, moyennant une augmentation de prime acceptée par l'assuré, soit de résilier le contrat dix jours après notification adressée à l'assuré par lettre recommandée, en restituant la portion de la prime payée pour le temps où l'assurance ne court plus. Dans le cas où la constatation n'a lieu qu'après un sinistre, l'indemnité est réduite en proportion du taux des primes payées par rapport au taux des primes qui auraient été dues, si les risques avaient été complètement et exactement déclarés. »

Déchéance de garantie au sinistre

L'assuré ou le bénéficiaire de la prestation est déchu de tout droit à indemnisation au titre du sinistre (survenance des soins) 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 inexacts, fabriqués ou falsifiés comme justificatifs ou use d'autres moyens frauduleux en vue d'obtenir le versement des prestations.

Il s'expose également à des poursuites pénales de la part de l'assureur.

1.3.2 Prescription

Toute action dérivant du présent contrat est irrecevable au terme d'un délai de DEUX (2) ans à compter de l'événement qui lui a donné naissance, selon les dispositions des articles L114-1 et L114-2 du code des assurances qui prévoient :

- 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. Toutefois, ce délai ne court :

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

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

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

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

- Article L114-2 « La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription [reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait (article 2240 du code civil), acte d'exécution forcée (article 2244 du code civil), citation en justice, même en référé (article 2241 du code civil)] et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un 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. »

1.4 CONTRAT SOLIDAIRE ET RESPONSABLE

Le présent contrat d'assurance 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 à l'ensemble des conditions mentionnées aux articles L. 871-1, R. 871-1 et R. 871-2 du Code de la Sécurité Sociale.

Conformément à la réglementation, le contrat prend en charge les niveaux minimums de remboursements suivants :

- l'intégralité du ticket modérateur pour l'ensemble des dépenses de santé remboursées par l'assurance maladie obligatoire, sauf pour les frais de cure thermale, les dépenses de médicaments dont la prise en charge par l'assurance maladie est fixée à 15 % ou à 30 % et pour les spécialités et les préparations homéopathiques (ainsi que les honoraires de dispensation en lien avec ces médicaments et spécialités et préparations homéopathiques). les médicaments dont le service médical rendu a été classé comme faible ou modéré et l'homéopathie ;
- la participation forfaitaire pour les actes mentionnés à l'article R. 160-16-I du Code de la sécurité sociale ;
- la prestation d'adaptation de l'ordonnance médicale de verre correcteur, après réalisation d'un examen de la réfraction, en cas de renouvellement par l'opticien-lunetier d'une ordonnance lorsqu'elle est associée à la prise en charge d'un équipement d'optique ;
- les prestations 100 % SANTE précisées ci-dessous ;
- l'intégralité du forfait journalier hospitalier des établissements hospitaliers prévu à l'article L. 174-4 du Code de la sécurité sociale sans limitation de durée.

Lorsque le contrat prévoit la prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins n'ayant pas adhéré à l'un des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée, celle-ci s'effectue dans la double limite de 100 % de la base de remboursement et du montant pris en charge pour les dépassements des médecins ayant adhéré au contrat d'accès aux soins minoré d'un montant égal à 20 % de la base de remboursement.

La majoration de la participation de l'assuré et les dépassements d'honoraires facturables en cas de non-respect du parcours de soins ne sont pas pris en charge.

Par conséquent, les garanties du présent contrat respectent les **obligations minimales et maximales légales et réglementaires** de prise en charge. **A ce titre, il propose obligatoirement les prestations prévues dans le cadre du 100 % Santé en optique, dentaire et pour les aides auditives dans le respect du calendrier prévu par les textes.**

Précisions sur l'application du 100 % Santé

1. Optique

a. Généralités

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

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 TRES 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.

Par ailleurs, il existe deux classes d'équipement optique (une monture et deux verres) ainsi définies :

- L'équipement optique de « classe A » est sans reste à charge pour l'assuré : cet équipement est remboursé à 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 ».

La prise en charge s'effectue dans la limite des forfaits dédiés à chaque composante.

b. 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.

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 < 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; • variation d'au moins 0,5 dioptrie de l'addition (pour un verre), 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. 	
Constatation de l'évolution de la vue	<ul style="list-style-type: none"> • 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 médicale 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	
Constatation 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.	

2. Dentaire

Il existe trois paniers de soins prothétiques :

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

3. Aide auditive

Il existe deux classes d'équipement auditif ainsi définies :

- L'équipement auditif de « classe I » sans reste à charge : cet équipement est remboursé à frais réels dans la limite des prix limites de vente qui s'imposent aux audioprothésistes pour l'application du 100 % santé ;
- L'équipement optique de « classe II » : cet équipement auditif est remboursé dans les conditions fixées dans le tableau de garanties, qui respectent le plafond de 1.700 € 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.

La prise en charge d'une aide auditive par oreille est limitée à une aide auditive tous les quatre ans suivant la date de facturation de l'aide auditive. Le délai court séparément pour chaque équipement de chaque oreille.

1.5 EVOLUTION DU RISQUE

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

- Modifier le contrat,
- Réviser le tarif,
- Résilier le contrat en dehors de l'échéance annuelle, dans les conditions prévues par l'article L. 113-4 du Code des assurances.

Dans les cas cités ci-dessus, 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. Le souscripteur peut toujours refuser la proposition en respectant les « Modalités de révision » prévues au contrat ».

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.

Modalités de révision

En cas de modification des garanties et/ou de révision des cotisations telle que mentionnée au contrat, le souscripteur peut toujours refuser la proposition de l'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 1.2 « Prise d'effet, durée, renouvellement et 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 l'envoi de la notification par lettre recommandée de l'assureur, l'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 de prise d'effet de cette modification ou de cette révision, les dispositions antérieures continuent à s'appliquer au contrat.

1.6 CONDITIONS ET FORMALITÉS D'ADHÉSION AU CONTRAT

1.6.1 Conditions d'adhésion au contrat

Sont admissibles au contrat les personnes physiques, **membres de l'Association BMI**, relevant du régime général de Sécurité sociale française et résident en France métropolitaine.

Remarque : Si ces personnes ont le statut de salarié, le présent contrat interviendra en complément du contrat complémentaire auquel elles adhèrent souscrit le cas échéant par leur employeur.

1.6.2. Formalités d'adhésion au contrat

L'adhérent remplit une demande d'adhésion par laquelle il précise notamment la formule de garantie qu'il souhaite parmi celles prévues au contrat.

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

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

1.7 MODIFICATION DE L'ADHÉSION

Au 1er janvier de chaque année, sous réserve d'en faire la demande à l'assureur au moins DEUX mois avant cette date, l'assuré peut demander à modifier sa formule de garantie.

La modification prend effet après accord exprès de l'assureur matérialisé par l'établissement d'un avenant au certificat d'adhésion qui indique notamment la date de prise d'effet de la modification, la nouvelle formule de garantie souscrite, le montant des garanties et la cotisation à cette date ainsi que les bénéficiaires des garanties. Celle-ci sera calculée conformément aux critères mentionnés à l'article 2.1 (Assiette et montant de la cotisation).

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

1.8 EFFET, DUREE ET RENOUVELLEMENT DE L'ADHÉSION ET DES GARANTIES

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

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

qu'un exemplaire du certificat d'adhésion soit retourné signé à l'assureur dans les TRENTE (30) jours qui suivent sa date d'émission.

L'adhésion est souscrite à l'origine pour une période comprise entre la date d'effet indiquée au certificat d'adhésion et le 31 décembre suivant.

Elle se renouvelle ensuite par tacite reconduction le 1er janvier de chaque année pour une durée d'UN (1) an,

L'assuré peut dénoncer son affiliation et celle de ses ayants droit par écrit conformément aux modalités précisées ci-dessous, adressé :

- **dans un délai d'UN (1) mois suivant la réception de la notice d'information ou de la notice additive établie à cet effet, en cas de modification apportée à leurs droits et obligations,**
- **DEUX (2) mois avant la date d'échéance de la première année de souscription soit au plus tard le 31 octobre.**

L'assuré peut, également, après expiration d'un délai d'UN (1) an à compter de la souscription, dénoncer son adhésion au contrat sans frais ni pénalités. La dénonciation de l'adhésion prend effet, à défaut d'accord des parties, UN (1) mois après la réception par l'assureur de la notification de l'assuré.

Lorsque l'assuré a le droit de dénoncer l'adhésion, la notification de celle-ci peut être effectuée, à son choix :

- Soit par lettre ou tout autre support durable ;
- Soit par déclaration faite au siège social ou chez le représentant de l'assureur ;
- Soit par acte extrajudiciaire ;
- Soit, lorsque l'assureur propose la conclusion de contrat par un mode de communication à distance, par le même mode de communication.

Le destinataire confirme par écrit la réception de la notification.

Lorsque le contrat est résilié ou l'adhésion dénoncée dans les conditions prévues au contrat, l'assuré n'est redevable que de la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque est couvert, cette période étant calculée jusqu'à la date d'effet de la résiliation ou de la dénonciation.

Dans le cas où l'assuré souhaite dénoncer son adhésion au contrat conclu pour le remboursement et l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident afin de souscrire un nouveau contrat auprès d'un nouvel organisme, celui-ci effectue pour le compte de l'assuré souhaitant le rejoindre les formalités nécessaires à l'exercice du droit de dénonciation dans les conditions prévues au contrat. Les organismes intéressés s'assurent de l'absence d'interruption de la couverture des assurés durant la procédure.

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

1.8.2 Cessation de l'adhésion

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

- en cas de non-paiement de la cotisation,
- à la date à laquelle il ne remplit plus les conditions d'adhésion objet de l'article 1.6.1 (Conditions d'adhésion au contrat),
- à la date à laquelle il n'est plus membre de l'association souscriptrice,
- en cas de non-renouvellement de l'adhésion dans les conditions mentionnées à l'article 1.8.1 (Date d'effet, durée et renouvellement de l'adhésion et des garanties),
- A la date de résiliation du contrat dans les conditions prévues à l'article 1.3 (Prise d'effet, Durée, renouvellement et résiliation du contrat).
- 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.

1.8.3 Date d'effet, durée des garanties

Pour l'assuré :

Les garanties prennent effet à la même date que celle de l'adhésion, mentionnée sur le certificat d'adhésion

En cas de modification de l'adhésion dans les conditions mentionnées à l'article 1.6.(Modification de l'adhésion), à la date mentionnée sur l'avenant à l'adhésion.

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

Pour les bénéficiaires des garanties :

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

garanties dans les conditions ci-après :

- le lendemain de la radiation d'un bénéficiaire à une garantie de même nature sur présentation du certificat de radiation,
- le 1er jour du mois qui suit la modification de la situation de famille de l'assuré sous réserve qu'elle ait été portée à la connaissance de l'assureur dans un délai de DEUX mois suivant la survenance de l'événement,
- pour tous les autres cas, le 1er janvier d'un exercice, sous réserve que la demande parvienne à l'assureur dans les TRENTE jours qui précèdent ladite date.

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

Les garanties cessent pour les bénéficiaires :

- à la même date que la cessation des garanties pour l'assuré visée à l'article 1.8.2 (Cessation de l'adhésion),
- à la date à laquelle ils perdent le statut de bénéficiaire tel que défini à l'article 1.10 (Bénéficiaires des garanties),
- à la date où la cotisation les concernant n'est plus réglée.

1.9 RENONCIATION

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

1.9.1. Démarchage à domicile

Conformément à l'article L. 112-9 du Code des assurances : « I.- 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. »

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

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

1.9.2 Conclusion de l'adhésion à distance

Conformément à l'article L. 112-2-1 du Code des assurances, l'assuré dispose d'un délai de QUATORZE (14) jours calendaires révolus pour exercer son droit de renonciation, par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique avec avis de réception, sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités, ce délai commençant à courir à compter du jour de la signature du certificat d'adhésion.

1.9.3 Modèle de rédaction destiné à faciliter l'exercice du droit de renonciation

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

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

1.10 BENEFICIAIRES DES GARANTIES

Outre l'assuré, sont couverts, sous réserve qu'elles soient mentionnées au certificat d'adhésion, que les cotisations correspondantes soient payées, les personnes ci-après, ayants droit au sens du contrat, sous réserve qu'elles répondent aux définitions mentionnées au lexique :

- Son Conjoint ou son Partenaire de PACS ou son Concubin,
- Ses Enfants à charge.
- Ses Ascendants

1.11 OBLIGATIONS DES PARTIES

1.11.1 Obligations de l'assuré

L'assuré s'oblige :

- à l'adhésion :
 - à transmettre la demande d'adhésion complétée et signée
 - une photocopie de sa carte nationale d'identité,
 - pour chaque bénéficiaire la photocopie de l'attestation d'assurance maladie jointe à la carte vitale,
 - un exemplaire du certificat d'adhésion au présent contrat dûment signé dans les TRENTE jours qui suivent sa date d'émission,
 - toute pièce que l'assureur jugerait nécessaire à l'adhésion.
- en cours d'adhésion :
 - à régler les cotisations à l'assureur,
 - à communiquer à l'assureur toutes circonstances nouvelles ayant pour conséquence de modifier la nature ou l'importance des risques, ou d'en créer de nouveaux, et de rendre inexacts ou caduques les déclarations faites à l'assureur lors de l'adhésion,
 - à transmettre à l'assureur, le cas échéant, sa demande de modification de l'adhésion au contrat dans les conditions fixées à l'article 1.7 (Modification de l'adhésion).
- Sur demande de l'assureur, à tout moment :
 - à justifier par tous moyens (certificat de scolarité, extrait d'acte de naissance, avis d'imposition...) que son Conjoint, son partenaire de Pacs, son Concubin, ses Enfants à charge ou ses Ascendants répondent bien à la définition contractuelle.

1.11.2 Obligations du souscripteur

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

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

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

1.12 DISPOSITIONS DIVERSES

Toutes les communications relatives à l'assurance et incombant au souscripteur, aux assurés ou aux bénéficiaires, doivent être adressées au gestionnaire, représentant de l'assureur : SPVIE Assurances – 26 rue Pagès – 92150 SURESNES.
Toutes les communications incombant à l'assureur seront valablement faites au dernier domicile connu en France indiqué par le souscripteur et / ou les assurés et / ou les bénéficiaires.

1.12.1 Protection des données à caractère personnel

Conformément à la réglementation européenne et française en matière de données à caractère personnel, en particulier le Règlement Général sur la Protection des Données n°2016/679 du 27 avril 2016 (dit « RGPD ») et la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés modifiée (dite « loi Informatique et Libertés »), l'assuré et les bénéficiaires sont informés par QUATREM, ci-après désigné Malakoff Humanis, responsable du traitement des données à caractère personnel collectées, que Malakoff Humanis a désigné un délégué à la protection des données à

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

1. Les données à caractère personnel de l'assuré et des bénéficiaires peuvent être collectées et traitées pour les finalités suivantes :

- la souscription, la gestion et l'exécution du contrat d'assurance ainsi que la gestion ou l'exécution de tout autre contrat souscrit auprès de Malakoff Humanis ou d'autres sociétés du groupe Malakoff Humanis ;
- la gestion des avis de l'assuré et des bénéficiaires sur les produits, services ou contenus proposés par Malakoff Humanis ou ses partenaires ;
- l'exercice des recours à la gestion des réclamations et des contentieux ;
- l'exercice du devoir de conseil compte tenu des besoins exprimés par l'assuré et les bénéficiaires ;
- l'élaboration de statistiques y compris commerciales, d'études actuarielles ou autres analyses de recherche et développement, une fois les données anonymisées par des procédés techniques permettant de s'assurer de la non ré-identification de l'assuré et des bénéficiaires ;
- l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur ; y compris celles relatives à la lutte contre le blanchiment des capitaux et au financement du terrorisme et à la lutte contre la fraude, pouvant conduire à son inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude, incluant un dispositif mutualisé des données des contrats et des sinistres déclarés auprès des assureurs, mis en œuvre par l'Agence pour la lutte contre la fraude à l'assurance (ALFA).

Malakoff Humanis s'engage à ne pas exploiter les données personnelles de l'assuré 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, Malakoff Humanis utilise le NIR (dénommé couramment « numéro de sécurité sociale ») de l'assuré 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.

En dehors des traitements nécessaires aux fins de l'exécution des obligations en matière de protection sociale, le consentement explicite et spécifique de l'assuré et des bénéficiaires est recueilli pour permettre le traitement de données personnelles de santé, conformément à la loi Informatique et Libertés et à l'article 9 du RGPD.

Les destinataires des données à caractère personnel de l'assuré et des bénéficiaires sont, dans la limite de leurs attributions respectives et suivant les finalités réalisées : les services de Malakoff Humanis dont le personnel est en charge des traitements portant sur ces données, ainsi que les sous-traitants éventuels, les délégataires de gestion, les intermédiaires d'assurance, les réassureurs et coassureurs, les organismes professionnels habilités, les partenaires et les sociétés extérieures s'il y a lieu.

Les données de santé de l'assuré et des bénéficiaires sont destinées au Service médical de Malakoff Humanis et à toute personne placée sous la responsabilité du Service Médical, exclusivement aux fins de la passation, la gestion et à l'exécution du contrat d'assurance. Elles ne sont en aucun cas utilisées à des fins commerciales.

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

Les données à caractère personnel relatives à la santé de l'assuré et des bénéficiaires sont traitées dans des conditions garantissant leur sécurité notamment par la mise en œuvre de mesures techniques et organisationnelles renforcées.

Si des données à caractère personnel de l'assuré 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, Malakoff Humanis 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.

Les durées de conservation des données à caractère personnel traitées dans le cadre de la gestion des contrats d'assurance et de la relation clients avec l'assuré 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 de Malakoff Humanis et des prescriptions légales applicables.

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

2. L'assuré et les bénéficiaires disposent d'un droit de demander l'accès à leurs données à caractère personnel, la rectification ou l'effacement de celles-ci, et de décider du sort de leurs données, post-mortem. L'assuré et les bénéficiaires disposent également d'un droit de s'opposer au traitement à tout moment pour des raisons tenant à leur situation particulière de limiter le traitement dont ils font l'objet et d'un droit à la portabilité des données à caractère personnel dans les limites fixées par la loi. Ils disposent enfin de la possibilité de s'opposer, à tout moment et sans frais, à la prospection commerciale, y compris lorsque celle-ci est réalisée de manière ciblée. Ces droits peuvent être exercés par email à dpo@malakoffhumanis.com ou par courrier à Malakoff Humanis, Pôle Informatique et Libertés, 21 rue Laffitte 75317 Paris Cedex 9.

En cas de réclamation relative à la protection des données, l'assuré et les bénéficiaires disposent également du droit de contacter la CNIL directement sur son site internet <https://www.cnil.fr/fr/agir> ou par courrier à l'adresse suivante : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés, 3 Place de Fontenoy - TSA 80715, 75334 PARIS CEDEX 07.

L'assuré et les bénéficiaires disposent également du droit de s'inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique gérée par la société Opposetel. Pour plus d'informations : www.bloctel.gouv.fr

1.12.2 Organisme de contrôle de l'assureur

L'autorité chargée du contrôle de Quatrem est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), 4 Place de Budapest – CS 92459 – 75436 Paris Cedex 09.

1.12.3 Réclamations - médiations – juridiction compétente

En cas de difficultés dans l'application du présent contrat, le souscripteur, l'assuré et les bénéficiaires peuvent contacter dans un premier temps le gestionnaire, représentant de l'assureur :

SPVIE Assurances
Service Réclamations
26 rue Pagès
92150 SURESNES

Ou par courrier électronique : reclamation@spvie.com
Ou par Téléphone : 01 87 16 69 99 (appel non surtaxé)

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

Quatrem
Pôle réclamations
TSA 20002
78075 Saint Quentin en Yvelines cedex

Ou par courrier électronique :
reclamations.quatrem@malakoffhumanis.com

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

La Médiation de l'Assurance
TSA 50110
75441 PARIS Cedex 09

dans un délai maximal d'UN (1) an à compter de l'envoi de sa réclamation écrite à l'assureur et sans préjudice du droit d'agir en justice.

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

1.12.4 Subrogation

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

II - COTISATIONS

1.1 ASSIETTE ET MONTANT DE LA COTISATION

La cotisation annuelle est exprimée en euros, en fonction notamment de la formule de garantie souscrite, du département de la résidence principale de l'assuré, du régime obligatoire dont dépend l'assuré et de l'âge des bénéficiaires.

La cotisation est déterminée pour chaque Adulte et pour chaque Enfant bénéficiant du contrat.

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

En cas de modification de la formule de garantie souscrite dans les conditions mentionnées à l'article 1.7 (Modification de l'adhésion), un avenant à l'adhésion indiquera la nouvelle cotisation, calculée selon les critères décrits au 1er alinéa du présent paragraphe.

En tout état de cause, la cotisation évolue au cours de l'adhésion, chaque 1er janvier en fonction de l'âge de chaque bénéficiaire à cette date.

1.2 INDEXATION

La cotisation est indexée au 1er janvier de chaque année, en fonction du rapport de la dernière évolution connue de la Consommation Médicale Totale publiée dans les Comptes Nationaux de la Santé.

1.3 MODALITES DE PAIEMENT

La cotisation annuelle mentionnée au certificat d'adhésion, y compris les taxes présentes ou futures et contributions éventuelles, est payable à **terme d'avance** par l'assuré.

Elle est exigible dans les 10 jours de son échéance selon la périodicité de paiement choisie par l'assuré : mensuelle, annuelle par prélèvement.

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

Lorsque le contrat est résilié dans les conditions prévues au contrat, l'assuré

n'est redevable que de la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque est couvert, cette période étant calculée jusqu'à la date d'effet de la dénonciation ou de la résiliation.

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

1.4 DEFAUT DE PAIEMENT

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

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

Conformément à l'article L. 141-3 du Code des assurances, le non-paiement d'une cotisation à l'expiration d'un délai de 40 jours suivant l'envoi de la lettre de mise en demeure, entraîne de plein droit l'exclusion de l'adhérent au contrat dont l'adhésion se trouve alors résiliée.

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

III – GARANTIES FRAIS MÉDICAUX ET CHIRURGICAUX

3.1 OBJET DE LA GARANTIE

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

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

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

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

3.2 PRESTATIONS

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

3.2.1 Cure thermique

Si la garantie cure thermique est souscrite, **sous réserve que la cure thermique soit prise en charge par le régime obligatoire et dans la limite de DIX-HUIT (18) jours de cure par an et par bénéficiaire**, elle a pour objet le remboursement du forfait de surveillance médicale, du forfait thermal, des frais de transport et d'hébergement (dépenses extra légales au sens du régime obligatoire), dans les conditions mentionnées au certificat d'adhésion.

Les autres dépenses médicales relatives à la cure thermique sont prises en

charge dans les conditions fixées au contrat pour chaque acte.

3.2.2 Prestations de prévention

Sont pris en charge des actes de préventions mentionnés au certificat d'adhésion dans la limite prévue pour chacun.

3.2.3 Frais d'obsèques

L'assureur rembourse à la personne ayant acquitté les frais d'obsèques, sur présentation de la facture et **dans la limite prévue au certificat d'adhésion**, les frais d'obsèques des personnes mentionnées à ce même certificat d'adhésion (assuré et ayant droit) et répondant à la définition du contrat.

GARANTIES OBSÈQUES (EN CAS DE DÉCÈS DE L'AFFILIÉ OU D'UN AYANT-DROIT)	
Adulte jusqu'à 75 ans et enfant > 12 ans (délai de carence de 6 mois)	100% PMSS
Adulte à partir de 76 ans (délai de carence de 6 mois)	Dégressivité de 10% par an avec un plancher de 20% du PMSS

L'âge pris en compte pour le calcul de la prestation est celui au moment du décès.

En tout état de cause, le remboursement de l'assureur est limité aux frais réellement engagés.

3.2.4 Actes effectués à l'étranger

Les soins et traitements pratiqués à l'étranger ne sont pas pris en charge par l'assureur sauf lorsqu'ils ont dû être exécutés à l'étranger en cas d'urgence au cours d'une villégiature en quelque pays que ce soit, sous réserve que le régime obligatoire soit intervenu et selon la codification que le régime obligatoire a appliquée.

3.2.5 Assurances cumulatives

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

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

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

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

3.2.6 NE SONT PAS PRIS EN CHARGE PAR L'ASSUREUR :

- les actes référencés ou non par le régime obligatoire et non remboursés par cet organisme, sauf mention contraire au certificat d'adhésion,
- les dépassements d'honoraires non déclarés au régime obligatoire par le professionnel de santé,
- les soins effectués antérieurement à la date d'effet du contrat ou à la date d'effet de l'adhésion de l'assuré et de ses bénéficiaires,
- les soins effectués postérieurement à la date de résiliation de l'adhésion ou à la date de cessation des garanties de l'assuré et de ses bénéficiaires,
- en cas d'hospitalisation ou de cure thermique, les frais annexes tels que notamment : téléphone, forfait internet, télévision, boissons,
- la participation forfaitaire, les franchises, la majoration du ticket modérateur prévues par le code de la Sécurité sociale.
- tout acte pris en charge par des dotations d'Etat, notamment par la dotation nationale de financement des Missions d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation, même lorsque la Sécurité sociale a procédé à tort au remboursement. A ce titre, le contrat ne prend pas en charge les transports sanitaires assurés par des Structures Mobiles d'Urgence et de Réanimation (SMUR).

3.2.7 LIMITATION DU REMBOURSEMENT DES CHAMBRES PARTICULIÈRES :

Sont prises en charge, dans la limite d'un forfait annuel précisé aux tableaux des garanties, les chambres particulières :

- expressément demandées par l'assuré ;
- dont les tarifs sont publiquement affichés ;

- faisant l'objet d'une facturation justifiée par l'établissement hospitalier.

Les chambres particulières en ambulatoire sont remboursées dans la limite de 40 % de la prise en charge du tarif de la chambre en hospitalisation complète et dans la limite de 40 euros.

En tout état de cause, ne peuvent donner lieu à remboursement :

- les appartements privés ;
- les services, équipements, prestations, et accessoires supplémentaires, non pris en charge par la Sécurité sociale, notamment : les frais de téléphone, télévision, internet, blanchissage, ainsi que les repas et/ou boissons exigés, sans prescription médicale, par la personne hospitalisée ou ses accompagnants.

3.3 REGLEMENT DES PRESTATIONS

Les demandes de remboursement doivent être adressées au gestionnaire SPVIE Assurances, représentant de l'assureur, au plus tard, dans les DEUX (2) mois après la date des soins ou la réception de la facture d'hospitalisation par l'assuré ou ses bénéficiaires.

Le remboursement de l'assureur intervient sur présentation des décomptes du régime obligatoire sauf lorsqu'ils sont transmis informatiquement au gestionnaire par cet organisme.

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

- les frais ne sont pas indiqués sur le décompte délivré par le régime obligatoire,
- le régime obligatoire n'intervient pas,
- ils sont consécutifs à une hospitalisation, une cure thermique,
- ils concernent les prothèses dentaires, auditives, l'appareillage, l'optique.

Pour la pharmacie prescrite et non remboursée par la Sécurité sociale, sont requises l'ordonnance et la facture nominative, détaillée, acquittée du professionnel de santé diplômé d'état dans sa spécialité et précisant le nom du produit.

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

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

En tout état de cause et conformément aux dispositions légales rappelées à l'article 1.3 (Références légales) du contrat, les demandes de remboursements sont prescrites au terme d'un délai de DEUX ans à compter de la date des soins.

3.3.1 Prise en charge hospitalière

En cas d'hospitalisation médicale ou chirurgicale, le gestionnaire SPVIE Assurances, représentant de l'assureur, peut délivrer une prise en charge hospitalière au profit de l'assuré ou de l'un de ses bénéficiaires.

Ainsi, le gestionnaire se substitue à l'assuré ou à l'un de ses bénéficiaires, après intervention du régime obligatoire pour le règlement des frais restant à sa charge auprès de l'établissement concerné, dans les conditions prévues au certificat d'adhésion et à l'exclusion de tous les frais annexes, conformément à l'article 3.2.6 (Ne sont pas pris en charge par l'assureur) et de toute avance de prestations en nature à la charge du régime obligatoire.

3.3.2 Tiers payant

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

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

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

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

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

3.4 REGLEMENT DES PRESTATIONS

L'assureur peut effectuer un contrôle pour tout assuré demandant des prestations au titre des garanties de son contrat, avant ou après le paiement des prestations.

L'assureur peut avoir recours à une expertise médicale effectuée par un professionnel de santé de son choix, dont les honoraires sont à sa charge. Lors du contrôle médical, l'assuré a la faculté de se faire assister par le médecin de son choix ou d'opposer les conclusions de son médecin traitant. Si l'assuré refuse de se soumettre à cette expertise, les actes, prescriptions et généralement toutes dépenses faisant l'objet de la demande d'expertise ne donneront pas lieu à prise en charge ou feront l'objet d'une restitution des sommes indûment versées.

En cas de contestation des conclusions de l'expertise, l'assuré devra adresser au médecin conseil ou dentiste consultant de l'assureur, dans les TRENTE (30) jours suivants la notification, une lettre recommandée avec avis de réception mentionnant l'objet de la contestation et joindre des éléments médicaux argumentés.

Si le désaccord persiste, il sera mis en place une expertise d'arbitrage comprenant, outre ces deux médecins, un troisième désigné par leurs soins ou, s'ils n'ont pu s'accorder, par le président du tribunal compétent de la résidence de l'assuré, sur requête de la partie la plus diligente.

Chaque partie supporte les honoraires de son médecin, ceux du troisième médecin ainsi que les frais de sa désignation sont supportés à parts égales par les deux parties.

En fonction des conclusions, l'assureur pourra ne pas assurer la prise en charge ou réclamer la restitution des sommes indûment versées.

3.1 Reprise des indus

En cas de reprise à l'assuré d'un remboursement effectué à tort par la Sécurité sociale, l'assureur se réserve le droit de réclamer à l'assuré les prestations indûment versées.

QUATREM - SA au capital de 510 426 261 euros – régie par le code des assurances - 21 rue Laffitte - 75009 Paris - 412 367 724 RCS Paris – Société du groupe Malakoff Humanis

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°W751217424 • 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 • Tél : 01 87 15 69 99 • RCS de Nanterre n° 525 355 251 • N° ORIAS 10 058 151 (www.orias.fr) • Responsabilité Civile Professionnelle et Garantie Financière (articles L 512-6 et L 512-7 du Code des assurances) • sous le contrôle de l'ACPR, 4 Place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09 (<https://acpr.banque-france.fr/>) • Exerce son activité selon les dispositions de l'article L. 521-2, II, b) du Code des assurances, la liste des assureurs partenaires est disponible sur <https://www.spvie.com/partenaires> • Réclamation : Service Réclamation, 26 rue Pagès – 92150 Suresnes • Médiation : Dans le cas où le service réclamation ne vous aurait pas apporté de réponse satisfaisante, vous pouvez saisir le Médiateur de l'Assurance à l'adresse suivante : La Médiation de l'Assurance, Pole CSCA, TSA 50110, 75441 Paris Cedex 09 ou le.mediateur@mediation-assurance.org.