

NOTICE D'INFORMATION

du contrat collectif complémentaire santé
à adhésion facultative

Zen Santé Ciblée

SOMMAIRE

1. Le produit – Le contrat	3
2. L'adhésion au contrat	4
Chapitre 1 : Lexique	5
Chapitre 2 : Le fonctionnement de l'adhésion	12
2.1. L'Adhérent et les personnes assurées	12
2.2. Les conditions et formalités d'adhésion	12
2.3. L'âge limite d'adhésion	13
2.4. Les déclarations de l'Adhérent	13
2.5. Le choix de la formule de garanties	14
2.6. La conclusion et la durée de l'adhésion au contrat	14
2.7. La prise d'effet des garanties – Les délais d'attente – La cessation des garanties	14
2.8. La suspension des garanties	15
2.9. La résiliation de l'adhésion au contrat	15
2.10. Le droit de renonciation en cas de démarchage à domicile ou de vente à distance	16
2.11. Les cotisations	18
2.12. La prescription	19
2.13. La subrogation	22
2.14. Les réclamations – La médiation	22
2.15. L'autorité de contrôle	22
2.16. Protection des données à caractère personnel	22
Chapitre 3 : Les garanties	25
3.1. Le cadre juridique	25
3.2. L'objet du contrat	26
3.3. Ce que garantit le contrat	26
3.4. La modification des garanties	27
3.5. L'étendue territoriale des garanties	27
Chapitre 4 : Les exclusions et limitations de garantie	28
4.1. Les cas où la garantie ne s'exerce pas	28
4.2. Les limitations de la garantie santé	28
Chapitre 5 : Le règlement des prestations	28
5.1. Le règlement des prestations	28
5.2. Les renseignements complémentaires	29
5.3. Le contrôle et expertise	29
5.4. Les délais à respecter	29
5.5. Les sanctions	29

Votre notice d'information santé Zen Santé Ciblée
Contrats N° A 7153 0001 (Madelin) / A 7153 0002 (Non Madelin)

1. Le produit – Le contrat

Zen Santé Ciblée 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.

La convention n° A7153 0001 est éligible aux dispositions fiscales de la loi n° 94 – 126 du 11 février 1994 (dite loi Madelin). La convention n° A7153 0002 n'entre pas dans ce cadre fiscal.

Le Contrat Zen Santé Ciblée est un produit d'assurance souscrit auprès de :

SwissLife Prévoyance et Santé (SLPS)
S.A. au capital de 150 000 000 euros
Siège social : 7, rue Belgrand 92300 LEVALLOIS PERRET
Entreprise régie par le Code des assurances 322 215 021 RCS Nanterre

Désigné ci-après « l'Assureur »,

Par :

Association des assurés de Zenioo (AaZ)
Association loi 1901 et le décret du 16 août 1901
Siège social : 33 rue de la république 69002 LYON

Désignée ci-après « l'Association ».

Le contrat Zen Santé Ciblée a été développé et négocié par ZENIOO, qui en accord avec l'Assureur et l'Association, le commercialise à titre exclusif via son propre réseau commercial, et un réseau d'intermédiaires d'assurance partenaires :

ZENIOO
Siège social : 75 bis rue de Sèze – 69006 LYON
RCS Lyon 884 782 582
Immatriculation au registre des intermédiaires d'assurances de l'ORIAS sous le n°20005879 (www.orias.fr)

L'assureur a confié, aux termes d'une délégation, la gestion des adhésions émises dans le cadre des présents contrats à :

GENERATION
SAS au capital de 102 766,40€, immatriculée au RCS de QUIMPER sous le numéro 410 069 066
Siège social : 12 bis rue de Kerogan 29000 QUIMPER

L'Association AaZ 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 Zen Santé Ciblée est régi par le Code des assurances français.

Le contrat Zen Santé Ciblée entre l'Association AaZ et l'Assureur prend effet le 12 décembre 2022, et se renouvelle par tacite reconduction le 1^{er} janvier de chaque année, sauf dénonciation par l'une des parties moyennant 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.

Dans cette hypothèse, vous avez la possibilité de résilier votre adhésion sans préavis jusqu'à la date de la modification, cachet de la poste faisant foi.

Selon les termes de délégations de gestion distinctes émises dans le cadre du Contrat Zen Santé Ciblée, l'Assureur a confié la gestion des adhésions à :

GENERATION

SAS au capital de 102 766,40€, immatriculée au RCS de QUIMPER sous le numéro 410 069 066

Siège social : 12 bis rue de Kerogan 29000 QUIMPER

Immatriculation au registre des intermédiaires d'assurances de l'ORIAS sous le n°07000842 (www.orias.fr)

désigné ci-après « le délégataire de gestion ».

Le délégataire, dans le cadre de la délégation de gestion qui lui est consentie par l'Assureur, apprécie tous les risques, délivre tous certificats, reçoit tous avis et communications, procède au paiement des prestations, perçoit toutes les cotisations, en donne quittance et adresse tous avis et lettres recommandées. Il est désigné, le délégataire de gestion, dans le texte ci-après.

2. L'adhésion au contrat

L'adhésion au contrat est :

- régie par les dispositions qui suivent et par le Code des assurances. La loi applicable est la loi française. Les parties s'engagent à utiliser la langue française pendant toute la durée de votre adhésion ;
- constituée des éléments suivants :
 - La présente **Notice d'information** qui définit les conditions d'application de votre adhésion au contrat, expose l'ensemble des garanties proposées et pouvant être souscrites. Elle vous informe sur les risques non couverts et vous indique également la marche à suivre pour obtenir les prestations.
 - Le **certificat d'adhésion** qui précise notamment les différentes dispositions personnelles de votre adhésion, les personnes assurées, la formule retenue, l'étendue et les modalités des garanties effectivement souscrites.
 - Le **tableau des garanties** qui précise les dépenses de santé assurées et le montant de la participation correspondante.
 - La **fiche IPID** (document d'information standard sur le produit d'assurance).
 - Le **document d'information sur les taux de redistribution et taux de frais de gestion** visés par l'arrêté du 20 juin 2020.

Chapitre 1 : Lexique

Quelques définitions pour mieux nous comprendre

Pour vous faciliter la lecture de ce document, nous avons défini certains termes fréquemment utilisés.

Accident

Toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'assuré provenant exclusivement de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure.

Adhérent

La personne physique adhérent à l'Association AaZ et au contrat, signant le bulletin d'adhésion. Elle est désignée au certificat d'adhésion.

Adhésion à distance

Lorsque l'adhésion au contrat Zen Santé Ciblée est réalisée au moyen d'une méthode de vente à distance.

Année d'assurance :

Période de 12 mois successifs à partir de la date de prise d'effet de l'adhésion.

Assuré(s) ou Ayants droit

La ou les personne(s) garantie(s) par le contrat et désignée(s) au certificat d'adhésion.

Avenant

Modification de l'adhésion au contrat et document matérialisant cette modification.

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.

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.

Centre hospitalier spécialisé (CHS)

Etablissement hospitalier qui prend en charge les maladies ou déficiences non somatiques (troubles psychiatriques, déficiences mentales, addictions...).

Certificat d'Adhésion

Document émis par le délégataire de gestion 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 de conclusion, 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 facturable au patient lorsqu'il demande expressément à être hébergé en chambre individuelle. Elle n'est toutefois pas facturable 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).**

Conclusion de l'adhésion

L'adhésion est conclue par l'accord entre l'Adhérent et l'Assureur. La date de conclusion, indiquée au Certificat d'adhésion, correspond à la date d'édition de ce dernier.

Conjoint

On entend par conjoint :

- l'époux(se) de l'Adhérent non divorcé(e) et non séparé(e) judiciairement ;
- le partenaire lié par un Pacs (pacte civil de solidarité) tel que défini à l'article 515-1 du Code civil ;
- le concubin de l'Adhérent.

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

Couple

Est considéré comme couple, l'Adhérent et son conjoint.

Date d'effet

Date à laquelle débute l'adhésion, les garanties prenant effet à l'expiration du délai d'attente. Elle est indiquée au certificat d'adhésion.

Déchéance

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

Délai d'attente

Le délai d'attente est une période décomptée à partir de la date de prise d'effet, au terme de laquelle intervient le début de la garantie. Aucune prestation n'est due pour des frais engagés et des événements survenant au cours de cette période. Le point de départ de cette période est la date d'effet indiquée au certificat d'adhésion.

Demande d'adhésion

Document remis à la personne désirant adhérer au contrat **Zen Santé Ciblée** avant la signature du contrat. La demande d'adhésion sert de base à la collecte des informations nécessaires à l'appréciation du risque à assurer par l'assureur. Ce document n'engage ni l'assureur ni le candidat à l'assurance. Toutefois, lorsque le contrat d'assurance a pris effet, la proposition engage l'assuré et une déclaration inexacte entraîne des sanctions prévues au contrat et par la loi.

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.

Echéance 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 à la date anniversaire de l'adhésion.

Enfants

Sont considérés comme tels les enfants à charge de l'Adhérent ou du conjoint, à condition toutefois :

- Qu'ils soient à leur charge au sens de la Sécurité sociale ou
- Qu'ils aient moins de 28 ans révolus et poursuivent des études scolaires ou universitaires, et soient couverts par un Régime obligatoire français, et sous réserve qu'ils n'exercent pas une profession à temps complet ou
- Qu'ils aient moins de 26 ans révolus, et qu'ils soient en apprentissage ou entrés dans le cadre des contrats de formation, jusqu'au terme de leur cursus, et perçoivent dans tous les cas une rémunération maximum de 55% du Smic (salaire minimum interprofessionnel de croissance) ;

Ou quel que soit leur âge, s'ils perçoivent une des allocations pour adultes handicapés (loi du 30 juin 1975), sous réserve que cette allocation leur ait été attribuée avant leur 21ème anniversaire.

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 et des Outremer.

Forfait

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.

Forfait « dentaire non remboursé par le Régime Obligatoire » annuel :

Forfait exprimé par Assuré par année d'assurance pour tous les produits et prestations dentaires non remboursés par le Régime Obligatoire d'assurance maladie tels que les implants, prothèses, orthodontie et la parodontologie. Le montant de ce forfait n'entre pas en compte dans le calcul du plafond dentaire par année d'assurance et par Assuré.

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.

Garantie

Elle correspond aux prestations assurées dans le cadre de la formule retenue et constituent ainsi la garantie.

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.

Hospitalisation en secteur spécialisé

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

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.

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).

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).

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 6e 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 dentaire

Montant maximum remboursé par année d'assurance, par bénéficiaire, exprimé par formule de garanties choisie. Seuls les remboursements des prothèses dentaires hors 100% santé* entrent dans le calcul du plafond dentaire. Lorsque le plafond dentaire est atteint, les prothèses dentaires hors 100% santé* remboursées par le Régime Obligatoire sont prises en charge à 100% de la base de remboursement de la Sécurité sociale, incluant le remboursement du Régime Obligatoire.

Période de garantie

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

Verres complexes

Foyer dont la sphère est hors zone de -6,00 ou +6,00 ou dont le cylindre est supérieur à +4,00 ou à verres multifocaux ou progressifs.

Verres hypercomplexes

Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est hors zone de -8,00 à +8,00 ou à verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4,00 à +4,00.

Verres mixtes

Verres avec au moins un verre complexe ou hypercomplexe.

Verres simples

Foyer dont la sphère est comprise entre -6,00 et +6,00 et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4,00.

Chapitre 2 : Le fonctionnement de l'adhésion

2.1. L'Adhérent et les personnes assurées

Pour adhérer au contrat la personne physique doit :

- adhérer à l'Association AaZ,
- résider en France,
- être majeur civilement responsable,
- être assujetti à un Régime Obligatoire de Sécurité sociale, en tant qu'assuré social ou ayant-droit,
- être âgé à l'adhésion d'au moins 18 ans pour l'Adhérent.

En cas de non-respect de ces dispositions, l'Adhérent s'expose à ce que la *nullité* de son adhésion au contrat **Zen Santé Ciblée** soit prononcée.

Peuvent également être assurés au titre de son adhésion, son conjoint et ses enfants, ayants-droit aux prestations en nature d'un Régime d'Assurance Maladie obligatoire français. Ils sont alors inscrits au Certificat d'adhésion et désignés dans la présente notice d'information par le terme « Ayants droit ».

Pour bénéficier de la possibilité de déductibilité fiscale des cotisations de son régime complémentaire santé (Loi Madelin - art. 154 bis du CGI), l'Adhérent doit adhérer à la convention n° A7153 0001-et s'engage à être à jour, pendant toute la durée de son adhésion au contrat, de ses cotisations auprès des régimes obligatoires de base.

2.2. Les conditions et formalités d'adhésion

Quel que soit le mode d'adhésion au contrat, l'Adhérent doit remplir, dater et signer une demande d'adhésion comportant :

- les garanties choisies,
- des indications relatives à la situation personnelle des personnes à assurer.

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

L'acceptation de l'adhésion est conditionnée aux réponses aux différentes demandes d'information. L'ensemble des réponses aux questions de la demande d'adhésion est obligatoire. 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 express de l'Assureur, via le délégataire de gestion.

L'Adhérent s'engage à déclarer à l'Assureur toute modification relative à sa situation entre la date de signature de la demande d'adhésion et la date à laquelle il reçoit son 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.

2.3. L'âge limite d'adhésion

Age limite d'adhésion lors de la prise d'effet des garanties : sans limitation pour toutes les formules.

Rappel : Pour la détermination du montant de la cotisation en fonction de l'âge, est pris en compte celui de l'assuré au 31 décembre de l'année d'adhésion.

2.4. Les déclarations de l'Adhérent

2.4.1. À l'adhésion

L'adhésion est établie d'après les déclarations de l'Adhérent et la cotisation fixée en conséquence.

L'Adhérent doit répondre à l'adhésion avec précision aux questions et demandes de renseignement figurant dans la demande d'adhésion.

L'Adhérent doit déclarer les garanties de même nature souscrites auprès d'autres assureurs.

2.4.2. En cours d'adhésion

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

- tout changement de la composition de la famille (naissance, mariage, divorce, 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 (art. R53-2 du Code des postes et communications électroniques) adressé au délégataire de gestion, dans un délai de 15 jours à partir du moment où l'Adhérent en a eu connaissance, sous peine des sanctions prévues par le Code des assurances.

2.4.3. La validité des déclarations

Les déclarations et communications de l'Adhérent servent de base à l'application de son adhésion et de la garantie, et n'ont d'effet que si elles sont parvenues au délégataire de gestion par écrit et après accord du délégataire de gestion, ou à défaut, confirmées par lui-même dans un document écrit lorsque l'Adhérent l'aura informé par un autre moyen.

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

2.4.4. 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.

2.5. Le choix de la formule de garanties

Le contrat est composé de plusieurs formules de garanties au choix de l'Adhérent.

Au moment de l'adhésion, l'Adhérent a la possibilité de choisir la formule de garanties la mieux adaptée à sa situation. Son choix devra être reporté sur son bulletin individuel d'adhésion et vaudra tant pour lui-même que pour ses ayants droit inscrits au contrat.

2.6. La conclusion et la durée de l'adhésion au contrat

2.6.1. La conclusion de l'adhésion

L'adhésion au contrat est conclue par l'accord entre l'Adhérent et l'Assureur, via le délégataire de gestion.

L'acceptation de l'Assureur est matérialisée par l'émission du *certificat d'adhésion* qui indique la date d'effet de l'adhésion, la nature, l'étendue, le montant des garanties ainsi que le détail de la cotisation.

La date de conclusion de l'adhésion est celle de l'acceptation par l'Assureur qui est indiquée sur le certificat d'adhésion.

2.6.2. La durée de l'adhésion

L'adhésion au contrat est conclue par l'accord entre l'Adhérent et l'Assureur pour une durée annuelle.

L'adhésion se renouvelle ensuite lors de l'échéance *principale* chaque année, par tacite reconduction sans intervention de la part de l'Adhérent, sauf dénonciation formulée par lui-même, l'Assureur ou l'Association et, dans les conditions mentionnées à l'article 2.9. *Résiliation de l'adhésion aux contrats*.

L'adhésion prend fin à l'extinction de la totalité de vos garanties d'assurance.

2.7. La prise d'effet des garanties – Les délais d'attente – La cessation des garanties

2.7.1. La prise d'effet

La date d'effet des garanties est indiquée au certificat d'adhésion. L'adhésion produira ses effets 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.

2.7.2. Les délais d'attente

Les garanties sont acquises immédiatement et sans délai d'attente, à l'exception de la formule Hospitalisation pour laquelle les garanties du bloc HOSPI sont au niveau de la formule 100% pendant 1 mois. Ce délai peut être abrogé, après accord de l'Assureur, en cas de reprise à la concurrence sur présentation d'un certificat de radiation si les garanties sont équivalentes et sans interruption de garanties.

2.7.3. La cessation des garanties

La garantie est viagère. Elle cesse toutefois :

- dès que l'*assuré* ne répond plus à la définition des personnes assurées ;
- à l'égard de chaque *assuré*, à la date d'effet de la résiliation de l'adhésion.

2.8. La suspension des garanties

L'adhésion et les garanties qui y sont attachées sont suspendues en cas de : non-paiement des cotisations selon les dispositions prévues par le Code des assurances (art. L 113-3),

En cas de suspension l'adhésion et les garanties reprennent effet le lendemain du jour où : les cotisations arriérées, celles venant à *échéance*, les éventuels frais de poursuite et de recouvrement ont été payés en cas de non-paiement.

La suspension des garanties entraîne pour chaque assuré, la perte de tout droit à prestations se rapportant à des accidents, maladie ou maternité survenus pendant cette période, quand bien même leur facturation serait postérieure, ainsi que la perte des droits à remboursement des prestations facturées pendant cette période.

2.9. La résiliation de l'adhésion au contrat

2.9.1. Par l'Adhérent

L'adhésion au contrat peut être résiliée :

- A la date d'échéance principale, moyennant le respect d'un préavis de 2 mois.
L'Adhérent a également la possibilité de mettre un terme à son adhésion au contrat Zen Santé Ciblée 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 modification du tarif décidée en fonction de l'évolution des résultats techniques constatée sur une ou plusieurs formules ou sur une catégorie de risques ou de garanties, et ce dans les 30 jours suivant la date de notification de cette modification.
- En cas de modification du contrat par l'Assureur, dans le cadre la mise en conformité des contrats responsables et dans les conditions prévues à l'article L 112-3 du code des assurances.

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

2.9.2. Par l'Assureur

L'adhésion peut être résiliée en cas de :

- non-paiement des cotisations ;
- 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'Adhérent 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 ;**
- déménagement de l'assuré hors de France ou fixation de sa résidence fiscale à l'étranger ;
- 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.

2.9.3. 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 des garanties.

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.

2.9.4. Modalités de la résiliation

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

Adresse postale : GENERATION - Service individuel - 29080 QUIMPER Cedex 09

Précisions sur l'envoi recommandé électronique :

Art. R. 53-2 issu du Code des postes et communications électroniques : Le prestataire de lettre recommandée électronique délivre à l'expéditeur une preuve du dépôt électronique de l'envoi. Le prestataire doit conserver cette preuve de dépôt pour une durée qui ne peut être inférieure à un an. « Cette preuve de dépôt comporte les informations suivantes :

- 1° Le nom et le prénom ou la raison sociale de l'expéditeur, ainsi que son adresse électronique ;
- 2° Le nom et le prénom ou la raison sociale du destinataire ainsi que son adresse électronique ;
- 3° Un numéro d'identification unique de l'envoi attribué par le prestataire ;
- 4° La date et l'heure du dépôt électronique de l'envoi indiquées par un horodatage électronique qualifié tel que défini par l'article 3 du règlement (UE) n° 910/2014 mentionné ci-dessus ;
- 5° La signature électronique avancée ou le cachet électronique avancé tels que définis par l'article 3 du règlement (UE) n° 910/2014 mentionné ci-dessus, utilisé par le prestataire de services qualifié lors de l'envoi. »

La résiliation de l'adhésion à l'initiative de l'Assureur, via le délégataire de gestion, doit être notifiée à l'Adhérent par lettre recommandée à son dernier domicile connu.

2.10. 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		<p>Le contrat peut être exécuté immédiatement et intégralement à compter de sa conclusion à la demande expresse de l'Adhérent.</p> <p>La cotisation dont l'Adhérent est redevable en contrepartie 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.</p>
Modalités et conditions de renonciation	<p>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 <i>certificat d'adhésion</i>). Il doit pour cela adresser au délégataire de gestion sa demande par lettre recommandée avec accusé de réception. Le contrat ne doit pas avoir été conclu dans le cadre d'une activité professionnelle.</p> <p>Courrier postal : GENERATION - Service individuel - 29080 QUIMPER Cedex 09</p>	
Modèle de lettre de renonciation	<p>Je soussigné(e) (<i>nom et prénom de l'Adhérent</i>), demeurant à (<i>domicile principal</i>) ai l'honneur de vous informer que je renonce à mon adhésion au contrat Zen Santé Ciblée N° (<i>numéro d'adhésion</i>) que j'ai signée le (<i>date</i>).</p> <p>(<i>Si des cotisations ont été versées</i>) Je vous prie de me rembourser l'intégralité des sommes versées, déduction faite de la cotisation imputable au prorata de la <i>période de garantie</i>.</p> <p>(<i>En cas de commercialisation à distance</i>) Je m'engage, pour ma part, à rembourser le montant des prestations qui ont pu m'être versées.</p> <p>(<i>Indiquez le lieu, la date et votre signature</i>).</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

2.11. Les cotisations

2.11.1. Le montant des cotisations

Le montant de la cotisation est mentionné sur le Certificat d'Adhésion. Il est déterminé en fonction de la formule de garantie choisie, de l'âge des assurés, du lieu de domicile de l'Adhérent, de la composition familiale et des modalités de prise en charge et bases de remboursement en vigueur du ou des Régimes obligatoires dont l'Adhérent et ses bénéficiaires relèvent lors de la prise d'effet des garanties.

En cours d'adhésion :

- En cours d'adhésion les cotisations évoluent lors de chaque renouvellement annuel de 2 % par an jusqu'à l'âge de 64 ans, de 2,5% de 65 ans à 79 ans, de 3,5% à partir de 79 ans.
- 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.
- La cotisation peut évoluer en cas de changement du Régime Obligatoire d'un des assurés.
- La cotisation peut évoluer en cas de changement de domicile de l'Adhérent dès qu'il y a un changement de zone géographique tarifaire.

Pour la détermination du montant de la cotisation en fonction de l'âge, est pris en compte celui de l'assuré au 31 décembre de l'année d'adhésion.

La tarification « Enfant » s'applique jusqu'aux 17 ans inclus de l'enfant.

Les taxes et contributions à la charge des assurés sont comprises dans la cotisation.

2.11.2. La variation des cotisations

En sus de la clause d'indexation reprise ci-dessus, les cotisations évoluent à chaque *échéance principale* 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 le *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.

2.11.3. 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 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, l'Adhérent aura la faculté de résilier son adhésion conformément à l'article 2.9 La résiliation de l'adhésion au contrat.

2.11.4. Le paiement des cotisations

Pour chaque année d'assurance, la cotisation est annuelle et payable d'avance. Le délégataire de gestion peut accepter des paiements semestriels, trimestriels ou mensuels (uniquement par prélèvement automatique) ; il en est alors fait mention au Certificat d'adhésion.

2.11.5. Le non-paiement des cotisations

A défaut de paiement de la cotisation ou d'une fraction de celle-ci dans les 10 jours suivants son échéance, le délégataire de gestion, pour le compte de l'Assureur, pourra, indépendamment de son droit de poursuivre l'exécution de l'adhésion en justice, adresser à l'Adhérent à son dernier domicile connu une lettre recommandée valant mise en demeure. Les garanties seront suspendues à l'issue d'un délai de 30 jours après l'envoi de cette lettre, et l'adhésion résiliée 10 jours après l'expiration du délai précité de 30 jours.

L'adhésion, en cas de suspension, reprend ses effets le lendemain à midi du jour où les cotisations arriérées, les cotisations venues à échéance, les éventuels frais de poursuite et de recouvrement ont été payés par l'Adhérent. La suspension des garanties entraîne pour chaque assuré, la perte de tout droit aux remboursements des frais de soins (se rapportant à des accidents, maladie ou maternité) survenus pendant cette période.

Les coûts d'établissement et d'envoi de lettre de mise en demeure sont à la charge de l'Adhérent ainsi que les frais de poursuite et de recouvrement dont la récupération est autorisée par la loi (art. L.113-3 du code des assurances).

2.12. 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.

Délai de prescription

Article L. 114-1

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

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

Quand l'action de l'assuré contre l'Assureur a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'assuré ou a été indemnisé par ce dernier. La prescription est portée à dix ans dans les contrats d'assurance sur la vie lorsque le bénéficiaire est une personne distincte du souscripteur et, dans les contrats d'assurance contre les accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'assuré décédé.

Pour les contrats d'assurance sur la vie, nonobstant les dispositions du 2^e alinéa ci-dessus, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès de l'assuré.

Causes d'interruption de la prescription

Article L. 114-2

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée ou envoi recommandé électronique, avec accusé de réception, adressés par

l'Assureur à l'assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'assuré à l'Assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Caractère d'ordre public de la prescription

Article L. 114-3

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

Les causes ordinaires d'interruption

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

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

Article 2240 du Code civil

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

- **Demande en justice**

Article 2241 du Code civil

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

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

Article 2242 du Code civil

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

Article 2243 du Code civil

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

Mesure conservatoire et acte d'exécution forcée

Article 2244 du Code civil

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

Étendue de la prescription quant aux personnes

Article 2245 du Code civil

L'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription contre tous les autres, même contre leurs héritiers.

En revanche, l'interpellation faite à l'un des héritiers d'un débiteur solidaire ou la reconnaissance de cet héritier n'interrompt pas le délai de prescription à l'égard des autres cohéritiers, même en cas de créance hypothécaire, si l'obligation est divisible. Cette interpellation ou cette reconnaissance n'interrompt le délai de prescription, à l'égard des autres codébiteurs, que pour la part dont cet héritier est tenu.

Pour interrompre le délai de prescription pour le tout, à l'égard des autres codébiteurs, il faut l'interpellation faite à tous les héritiers du débiteur décédé ou la reconnaissance de tous ces héritiers.

Article 2246 du Code civil

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

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

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

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

Article 2239 du Code civil

La prescription est également suspendue lorsque le juge fait droit à une demande de mesure d'instruction présentée avant tout procès. Le délai de prescription recommence à courir, pour une durée qui ne peut être inférieure à six mois, à compter du jour où la mesure a été exécutée.

Ces différents articles peuvent évoluer en cours de vie du contrat. 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.

2.13. 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*.

2.14. Les réclamations – La médiation

• La réclamation liée à la distribution

Les modalités de traitement des réclamations concernant la distribution du contrat sont annexées aux présentes notices.

• La réclamation hors distribution

Premier contact : votre interlocuteur habituel

En cas de réclamation concernant son adhésion au contrat, dans un premier temps, l'Adhérent est invité à prendre contact avec son interlocuteur habituel ou avec le service client GENERATION :

- par Internet via l'adresse www.generation.fr et le formulaire « adresser une réclamation à Génération »

ou

- par courrier Génération - Service individuel - 29080 QUIMPER Cedex 09

Deuxième contact : le service réclamations

En cas de désaccord avec la réponse apportée, l'organisme gestionnaire met à disposition de l'association souscriptrice, de l'assuré et/ou des bénéficiaires une cellule de Recours interne qui peut être saisie par :

- par mail : conformite@generation.fr en indiquant dans l'objet « Demande de recours interne »
- par courrier : Génération - Service Conformité (n° adhérent) - 29080 Quimper Cedex 09

La médiation

En dernier recours : le médiateur de l'assurance

Le médiateur de l'assurance ne peut être saisi qu'après épuisement des procédures internes, à l'adresse suivante :

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

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.

2.15. 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.

2.16. Protection des données à caractère personnel

Les modalités de traitement des données à caractère personnel par Zenioo sont annexées à la présente notice d'information.

Seules sont reprises ci-dessous les modalités de traitement par GENERATION et SWISSLIFE.

2.16.1. 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 GENERATION et SWISS LIFE en leurs qualités de responsables conjoints de traitement.

SWISS LIFE, 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.

GENERATION, en sa qualité de délégataire de gestion, détermine les moyens principaux nécessaires au traitement des données personnelles et assure leur mise en œuvre technique et opérationnelle.

La relation entre GENERATION et SWISS LIFE, 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.

2.16.2. 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.

2.16.3. 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 gestion, de son plein gré, 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.

2.16.4. 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 SWISS LIFE dans le cadre de l'exercice de leurs missions, aux sous-traitants (agents généraux d'assurance, 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.

SWISS LIFE et GENERATION 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.

2.16.5. 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.

2.16.6. 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 de manière absolue, sans justifier d'un motif, pour ne plus recevoir par 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 à : SWISS LIFE – DPO - 7 rue Belgrand 92300 Levallois-Perret ou par e-mail à l'adresse suivante : dposwisslife@swisslife.fr. Les demandes médicales doivent être libellées à l'attention du médecin-conseil de GENERATION.

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.

2.16.7. 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 ces derniers aux coordonnées suivantes :

- Pour l'Assureur (porteur de risque) SWISS LIFE, par courrier postal à l'adresse suivante : SWISS LIFE – DPO - 7 rue Belgrand 92300 Levallois-Perret ou par e-mail à l'adresse suivante : dposwisslife@swisslife.fr;
- Pour le délégataire de gestion GENERATION, par courrier postal à l'adresse suivante : GENERATION - 12 bis rue de Kerogan 29080 QUIMPER cedex 9 ou par e-mail à l'adresse suivante : dpo@generation.fr.

Chapitre 3 : Les garanties

3.1. Le cadre juridique

Les garanties du contrat sont dites « responsables ».

Les garanties 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 2 du même code.

De ce fait, elles peuvent bénéficier des aides fiscales et sociales prévues par la législation actuelle en vigueur.

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 minimas mentionnés dans ces mêmes articles, lorsque l'Adhérent a souscrit une formule de garantie dite responsable.

Le contrat doit prendre en charge la participation forfaitaire, laissée aux assurés en cas de passage aux urgences non programmé et non suivi par une hospitalisation, prévue à l'article L.160-13 du Code de la Sécurité sociale

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 part de l'Adhérent, entraînant la résiliation de son adhésion (article L. 112-3 alinéa 5 du Code des assurances).

3.2. 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.).

3.3. Ce que garantit le contrat

3.3.1. 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 Vente" (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.

Cas particulier du forfait Optique

Le forfait optique est limité à un équipement complet (monture + 2 verres) par période de 2 années d'assurance et par bénéficiaire.

Pour l'appréciation de la période de deux ans permettant un renouvellement, le point de départ est fixé à la date d'acquisition du dernier équipement. La période est ramenée à un an pour les Assurés de plus de 16 ans, en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une dégradation des performances oculaires ou d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières prévues par la réglementation en vigueur. Pour les Assurés de moins de 16 ans et de plus de 6 ans, la période est ramenée à un an sauf dégradation des performances oculaires prévue par la réglementation en vigueur.

Pour les enfants jusqu'à 6 ans, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale de 6 mois après le dernier remboursement d'un équipement uniquement en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur.

Les différents délais sont également applicables pour le renouvellement séparé des éléments de l'équipement.

Le montant du forfait relatif aux équipements (une monture et deux verres) est exprimé y compris remboursement de la Sécurité sociale.

Conformément à la réglementation du contrat responsable la prise en charge maximale de la monture des équipements hors 100% Santé est plafonné. Le montant du plafond est mentionné sur le tableau des garanties.

La prise en charge des équipements s'effectue toujours dans la limite des prix limites de vente (PLV) fixés en application de l'article L.165-3 du Code de la Sécurité sociale.

Les remboursements intègrent la prestation d'appairage et supplément pour verres avec filtre en complément de la Sécurité sociale et à hauteur du ticket modérateur.

3.3.2. 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 l'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.

3.4. La modification des garanties

A la date d'échéance principale de son adhésion, sous réserve d'en faire la demande au moins 2 mois avant cette date et de justifier de 12 mois complets d'assurance sans modification des garanties de son adhésion, l'Adhérent a la possibilité de demander à modifier à la hausse ou à la baisse sa formule de garanties, dans le respect des 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.

3.5. L'étendue territoriale des garanties

La garantie du contrat s'exerce en France. Elle s'étend aux accidents, aux maladies et aux hospitalisations survenus à l'étranger lorsque le régime de Sécurité sociale de l'Assuré s'applique.

Les actes hors nomenclatures effectués à l'étranger ne sont pas pris en charge.

Le règlement des prestations est toujours effectué en France et dans la monnaie légale de la République Française.

Chapitre 4 : Les exclusions et limitations de garantie

4.1. Les cas où la garantie ne s'exerce pas

Ainsi qu'évoqué au paragraphe 3.1 *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.

4.2. 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 5 : Le règlement des prestations

5.1. Le règlement des prestations

LES DOCUMENTS À TRANSMETTRE

Pour le remboursement des dépenses de santé : lorsque l'assuré ne bénéficie pas de la télétransmission avec son régime de base, ou que GENERATION n'a pas effectué le règlement des frais directement au professionnel de santé, les documents à transmettre à GENERATION sont les suivants :

- Hospitalisation : l'original du décompte du régime de base ou les originaux des factures acquittées de l'établissement hospitalier et les notes d'honoraires des chirurgiens présentant la cotation détaillée des actes.
- Médecine courante : l'original du décompte du régime de base et la facture détaillée.

Compte tenu de la situation particulière de certains dossiers, GENERATION pourra être amené à demander aux assurés des pièces complémentaires à celles énumérées ci-dessus.

Les demandes de remboursements ou de prestations quelle que soit leur nature doivent parvenir à GENERATION dans un délai de deux ans suivant la date de cessation des soins, sous peine de déchéance.

Le tiers payant

Une attestation de tiers payant est délivrée à l'Adhérent lors de la mise en place des garanties afin de permettre aux assurés la dispense d'avance de frais pour les prestations indiquées sur l'attestation selon les modalités précisées.

L'utilisation de l'attestation 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.

Si l'Adhérent, préalablement à sa demande de remboursement présentée à *GENERATION*, 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 de ce régime complémentaire

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

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 la République Française.

5.2. Les renseignements complémentaires

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

L'Adhérent peut lui communiquer ces renseignements directement, à son attention exclusive.

5.3. 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 l'Assureur.

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 judiciaire 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.

5.4. Les délais à respecter

Les demandes de remboursement doivent parvenir à *GENERATION* dans un délai de deux ans suivant la date de cessation des soins, sous peine de *déchéance*.

5.5. Les sanctions

Si l'*assuré* ne respecte pas un des points précédemment énoncés, *GENERATION* pourra refuser le remboursement.



TABLEAU DES GARANTIES ZEN SANTÉ CIBLÉE

Contrat imaginé par Zenioo, avec comme gestionnaire Génération et assuré par Swiss Life

	Formule 1 100 %	Formule 2 HOSPI.	Formule 3 OPTIQUE ET BIEN ETRE	Formule 4 AUDIO ET DENTAIRE	Formule 5 INTÉGRALE
Questionnaire de santé / Délai d'attente	Aucun	Garanties du bloc Hospitalisation limitées au niveau formule 1 pendant 1 mois	Aucun	Aucun	Aucun
Contrat Responsable	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
HOSPITALISATION					
Honoraires					
dans le cadre de l'OPTAM ou OPTAM-CO	100 %	250 %	175 %	175 %	175 %
hors OPTAM ou OPTAM-CO	100 %	200 %	100 %	100 %	100 %
Forfait journalier hospitalier ⁽²⁾ - Durée illimitée	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral
Frais de séjour	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral
Autres frais					
> Chambre particulière ^{(3) (4)} - Forfait par journée		60 € / jour	30 € / jour		30 € / jour
Bonus fidélité à partir de la 2 ^{ème} année		+ 10 € / jour	+ 10 € / jour		+ 10 € / jour
à partir de la 4 ^{ème} année		+ 10 € / jour	+ 10 € / jour		+ 10 € / jour
> Frais accompagnant, télévision, téléphone et Internet, forfait par journée		30 € / jour			
> Transport du malade	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
SOINS COURANTS					
Honoraires médicaux : médecins généralistes et spécialistes , radiologie, imagerie, échographie, actes de spécialité et Actes techniques médicaux (ATM)					
dans le cadre de l'OPTAM ou OPTAM-CO	100 %	100 %	175 %	175 %	175 %
hors OPTAM ou OPTAM-CO	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Hospitalisation à domicile	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Honoraires paramédicaux	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Analyses et examens de laboratoire	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Consultations non remboursées par la Sécurité sociale - Médecines complémentaires : acupuncteurs, chiropracteurs, diététiciens, étioopathes, homéopathes, mésothérapeutes, naturopathes, pédicures, ostéopathes, podologues, psychologues, réflexologues, sexologues, sophrologues					
Bonus fidélité à partir de la 2 ^{ème} année			+ 50 € / an		+ 50 € / an
à partir de la 4 ^{ème} année			+ 50 € / an		+ 50 € / an
Médicaments : remboursés par la Sécurité sociale à 65 % / 30 % / 15 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Matériel médical : prothèses orthopédiques, prothèses capillaires, gros et petit appareillage (bas de contention, semelles orthopédiques, orthèses, prothèse capillaire...) remboursés par la Sécurité sociale	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Cures thermales					
> Honoraires et frais remboursés par la Sécurité sociale	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
> Forfait hébergement et dépassements soins		150 € / an			
Prévention - Forfait Prévention : ensemble des actes de prévention prévus dans le cadre de la réglementation des contrats responsables	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
OPTIQUE					
Équipements 100 % Santé * : équipement (1 monture et 2 verres) entrant dans le cadre du panier de soins 100 % Santé* (classe à prise en charge renforcée) ^(b) - Renouvellement tous les 2 ans ^(c)					
> Un équipement de deux verres de classe A + monture de classe A	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral
> Une monture de classe B (associée à deux verres de classe A)	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Équipements hors 100 % Santé * : équipement entrant dans le cadre du panier libre ^(b) - Renouvellement tous les 2 ans ^(c) - Le remboursement de la monture est plafonné à 100 €					
> Une monture de classe B avec 2 verres simples	100 %	100 %	100 €	100 %	100 €
> Une monture de classe B avec au moins Un verre complexe ou très complexe	100 %	100 %	200 €	100 %	200 €

TABLEAU DES GARANTIES ZEN SANTÉ CIBLÉE

Contrat imaginé par Zenioo, avec comme gestionnaire Génération et assuré par Swiss Life

	Formule 1 100 %	Formule 2 HOSPI.	Formule 3 OPTIQUE ET BIEN ETRE	Formule 4 AUDIO ET DENTAIRE	Formule 5 INTÉGRALE
Lentilles de contact					
> Lentilles remboursées par la Sécurité sociale	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
> Forfait lentilles remboursées ou non par la Sécurité sociale			100 € / an		100 € / an
DENTAIRE					
Soins					
> Soins dentaires, prophylaxie, parodontologie, prévention remboursés par la Sécurité sociale	100 %	100 %	100 %	150 %	150 %
> Inlays - onlays et inlays core, remboursés par la Sécurité sociale hors cadre du panier de soins 100 % Santé * et entrant donc dans le champ des paniers honoraires modérés ^(a) ou libres	100 %	100 %	100 %	150 %	150 %
Soins et prothèses 100 % Santé *					
> Actes prothétiques et inlays-cores entrant dans le cadre du panier de soins 100 % Santé * sans reste à charge pour l'assuré (classe à remboursement renforcé)	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral
Prothèses hors 100 % Santé *					
> Actes prothétiques hors cadre du panier de soins 100 % Santé* et entrant donc dans le champ des paniers honoraires modérés ^(a) ou libres	100%	100%	100%	150%	150%
AIDES AUDITIVES					
Équipements 100 % Santé *					
> Aides auditives remboursées par la Sécurité sociale de classe 1 entrant dans le cadre du panier de soins 100 % Santé * ^(e) (classe à remboursement renforcé) - Renouvellement tous les quatre ans ^(d)	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral
Équipements hors 100 % Santé *					
> Aides auditives remboursées par la Sécurité sociale Hors panier de soins 100 % Santé * (Appareil de classe 2 à prix libre) - Renouvellement tous les quatre ans ^(d) - Remboursement maximum : 1700 € par oreille à appareiller ^(d)	100 %	100 %	100 %	100 % + 200 €	100 % + 200 €
Bonus fidélité à partir de la 2 ^{ème} année				+ 50 €	+ 50 €
à partir de la 4 ^{ème} année				+ 50 €	+ 50 €
SERVICES					
> Carte Blanche : Tiers payant, accès à des équipements à des tarifs modérés et de qualité, pas d'argent à avancer chez de nombreux professionnels de santé	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI

Les garanties du contrat décrites ci-dessus respectent 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 2 du même code. De ce fait, elles peuvent bénéficier des aides fiscales et sociales prévues par la législation.

Elles prévoient le remboursement de vos dépenses de santé occasionnées à la suite d'une maladie, d'un accident ou d'une maternité ayant donné lieu à un remboursement de la Sécurité sociale. Certains frais non pris en charge par la Sécurité sociale peuvent donner lieu à une participation au titre du contrat à la condition qu'il en soit fait mention dans le tableau des garanties ci-dessus.

Lorsqu'elles ne sont pas évoquées sous la forme « Remboursement intégral », les garanties sont exprimées sous la forme de forfait (en euro), 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 des « Honoraires Limites de Facturation » (HLF) déterminés par la réglementation en vigueur.

(1) OPTAM : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée

OPTAM-CO : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée Chirurgie / Obstétrique

(2) Hors régime Alsace Moselle

(3) Limitation à 30 jours par an et par assuré pour les séjours de rééducation, convalescence, réadaptation fonctionnelle

(4) La chambre particulière n'est pas garantie pour les séjours de psychiatrie ou neuropsychiatrie, diététique, gériatrie

* tels que définis réglementairement

(a) Remboursement dans la limite des prix fixés en application de l'article L.165-3 du Code de la Sécurité sociale. Pour le remboursement de prothèses dentaires entrant dans le cadre du panier 100 % Santé * ou dans le panier à honoraires modérés, les remboursements (Sécurité sociale + Zenioo) sont limités aux honoraires limites de facturation (HLF) tels que définis par la réglementation.

TABLEAU DES GARANTIES ZEN SANTÉ CIBLÉE

Contrat imaginé par Zenioo, avec comme gestionnaire Génération et assuré par Swiss Life

(b) Les forfaits sont exprimés y compris remboursement de la Sécurité sociale. Les remboursements intègrent la prestation d'appairage et supplément pour verres avec filtre en complément de la Sécurité sociale et à hauteur du ticket modérateur.

(c) Pour l'appréciation de la période de deux ans permettant un renouvellement, le point de départ est fixé à la date d'acquisition du dernier équipement. La période est ramenée à un an pour les assurés de plus de 16 ans, en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une dégradation des performances oculaires ou d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières prévues par la réglementation en vigueur. Pour les assurés de moins de 16 ans, la période est ramenée à un an sauf dégradation des performances oculaires prévue par la réglementation en vigueur.

(d) Ces garanties s'appliquent aux frais exposés pour l'acquisition d'une aide auditive par période de quatre ans par oreille et par bénéficiaire dans les conditions précisées par la liste prévue à l'article L. 165-1. Pour l'appréciation de la période de quatre ans permettant un renouvellement, le point de départ est fixé à la date d'acquisition du dernier équipement. Conformément à l'article R.871-2 du Code de la Sécurité sociale, le remboursement total des aides auditives de classe 2 est plafonné à 1700 € par oreille à appareiller. Une aide auditive de classe I doit comporter au moins trois options de la liste A prévues par la réglementation en vigueur.

(e) Une aide auditive de classe I doit comporter au moins trois options de la liste A prévues par la réglementation en vigueur.

TG_ZSC_211122

INFORMATIONS RÉGLEMENTAIRES ZENIOO

Zenioo est une Société par actions simplifiées au capital de 1 267 431 euros, immatriculée au RCS de LYON sous le numéro 884 782 582 dont le siège social est situé au 75 bis rue de Sèze – 69006 LYON.

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

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

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

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

Traitement des réclamations By Zenioo

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

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

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

Traitement de vos données personnelles By Zenioo

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

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

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

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



STATUTS
ASSOCIATION DES ASSURES DE ZENIOO
Association régie par la Loi du 1^{er} juillet 1901 et par le décret du 16 août 1901.
Siège social : 33, rue de la République – 69002 LYON

- MISE A JOUR DU 14 AVRIL 2022 -

SOMMAIRE

Article 1 – Dénomination.....	2
Article 2 – Siège	2
Article 3 – Durée	2
Article 4 - Objet.....	2
Article 5 – Membres	3
Article 6 – Démission, Exclusion, décès.....	4
Article 7 – Responsabilité des Membres	4
Article 8 – Opposabilité aux Membres	4
Article 9 – Ressources, dépenses, droit d’entrée, cotisation et fonds social	5
Article 10 – Conseil d’administration	5
Article 11 – Assemblées générales	9
Article 12 – Comptes de l’Association	11
Article 13 – Règlement intérieur	12
Article 14 – Dissolution, liquidation	12
Article 15 – Attribution de compétence.....	12
Article 16 – Déclaration et publication.....	12

STATUTS

ASSOCIATION DES ASSURES DE ZENIOO

Association régie par la Loi du 1^{er} juillet 1901 et par le décret du 16 août 1901.

Siège social : 33, rue de la République – 69002 LYON

Article 1 – Dénomination

L'Association a pour dénomination « Association des Assurés de Zenioo » ou, en abrégé « AaZ ».

Article 2 – Siège

Le siège social est fixé à Lyon 2ème, 33 rue de la République.

Il pourra être transféré sur simple décision du Conseil d'administration qui dispose à cet effet du pouvoir de modifier les statuts.

Des bureaux de représentation à l'étranger peuvent être créés sur décision du Conseil d'administration. Ces bureaux sont régis selon les présents statuts.

Article 3 – Durée

L'Association est constituée pour une durée illimitée. Elle prend fin toutefois en cas de dissolution volontaire, statutaire, ou judiciaire.

Article 4 - Objet

Cette Association a pour objet :

- D'étudier, négocier et souscrire des contrats collectifs d'assurance de personnes (ex : *assurance santé, assurance prévoyance, assurance emprunteur*), notamment des produits d'assurances co-conçus par des organismes d'assurances et le courtier en assurance grossiste ZENIOO, en faveur de ses Membres, ainsi que des contrats collectifs d'assurance accessoires auxdits contrats collectifs d'assurance de personnes (ex : assistance, protection juridique) (ci-après dénommés « Contrats collectifs ») ;
- De suivre avec les organismes d'assurance la politique tarifaire prévue au contrat dans le cadre des renouvellements et/ou des modifications de la réglementation et à en rendre compte à la plus proche assemblée générale
- De faire évoluer les Contrats collectifs souscrits en améliorant les garanties tout en respectant un niveau d'équité entre les Membres ;
- D'informer ses Membres de la situation et de l'évolution des Contrats collectifs auxquels ils ont adhéré ainsi que de l'évolution de l'environnement et de la réglementation de l'assurance des personnes en général ;
- D'assurer la représentation des intérêts collectifs de ses Membres auprès des organismes d'assurance contractants et, le cas échéant, de ZENIOO ;
- De créer un esprit de solidarité nationale et internationale entre les adhérents aux Contrats collectifs, avec notamment la mise en place d'un fonds social à leur destination pour les aider suite à la survenance d'événements garantis au contrat ;
- De réaliser toutes analyses ou études statistiques en lien avec le présent objet de l'Association ;
- De proposer, mettre en œuvre et animer tous séminaires, ateliers de réflexion ou participer à toutes manifestations ou colloques liés à l'objet de l'Association ;
- De soutenir et participer à la mise en place d'autres associations ou groupements locaux, paneuropéens ou internationaux poursuivant un but similaire à l'objet de l'association ;
- D'assurer la défense des intérêts de ses Membres en lien avec l'objet de l'Association ;
- D'offrir à ses Membres tous autres services en lien avec l'objet de l'Association.

STATUTS

ASSOCIATION DES ASSURES DE ZENIOO

Association régie par la Loi du 1^{er} juillet 1901 et par le décret du 16 août 1901.
Siège social : 33, rue de la République – 69002 LYON

Dans ce cadre, l'Association et les présents statuts respectent les dispositions des articles L.144-1, L.141-7 et R.141-1 à R.141-9 du Code des assurances.

En vue de la réalisation de son objet, l'Association pourra conclure avec tous les organismes qualifiés tous accords, contrats ou conventions qui lui paraîtront nécessaires pour faciliter les rapports des membres de droit (tels que définis à l'article 5) avec les organismes et améliorer les avantages collectifs et individuels dont pourront bénéficier ses Membres.

Article 5 – Membres

L'Association se compose de 4 catégories de membres.

Parmi ces catégories figurent des membres de droit, adhérents aux Contrats collectifs souscrits par l'Association, et des membres ayant participé à la constitution de l'Association, ayant rendu des services importants et/ou ayant apporté une aide financière.

5-1 Membres statutaires

Ils sont chargés de la gestion et l'administration de l'Association et sont, à ce titre, dispensés, le cas échéant, du versement du droit d'entrée et de la cotisation associative, mais ils ne disposent, en contrepartie, d'aucune voix délibérative, sauf s'ils ont par ailleurs le statut de Membre adhérent de Droit.

5-2 Membres adhérents de Droit

Ces Membres adhérents sont divisés en deux catégories :

- « Particuliers » : personnes physiques agissant en leur nom propre ou celui de leurs ayants droits.
- « Entreprise » : personne morale représentée par une personne physique qu'elle désigne lors de son admission. En cas de changement, elle doit avertir l'association de la désignation d'un nouveau représentant.

Pour faire partie de l'Association, les Membres adhérents doivent être adhérents à un Contrat collectif souscrit par l'Association et être à jour du paiement de leur cotisation associative et/ou du droit d'entrée dont ils sont redevables au titre du Règlement intérieur.

La qualité de Membre adhérent est acquise à compter de la date de réception de la demande d'adhésion et du paiement de l'éventuel droit d'entrée et/ou de la cotisation associative fixé par le règlement intérieur, sous réserve de l'acceptation de l'adhésion au Contrat collectif par l'organisme assureur.

A défaut d'acceptation par l'organisme assureur, le montant du droit d'entrée et/ou de la cotisation associative seront remboursés au plus tard dans les trente jours qui suivront la notification de refus par l'organisme assureur.

STATUTS

ASSOCIATION DES ASSURES DE ZENIOO

Association régie par la Loi du 1^{er} juillet 1901 et par le décret du 16 août 1901.

Siège social : 33, rue de la République – 69002 LYON

5-3 Membres bienfaiteurs

Ce sont des personnes physiques ou morales participant au financement de l'Association par des dons ou toutes autres libéralités autorisés par la réglementation. Cela les dispense du versement d'un éventuel droit d'entrée. Tout membre bienfaiteur doit être agréé par le Conseil d'administration afin d'obtenir cette qualité. Selon les dispositions du règlement intérieur, ces Membres bienfaiteurs peuvent être tenus ou exonérés de cotisation associative.

5-4 Membres d'honneur

Ce sont des personnes physiques ou morales désignés et ainsi distingués par le Conseil d'Administration pour les services rendus ou l'appui moral apporté à l'Association. Les membres d'honneur sont dispensés, le cas échéant, du versement du droit d'entrée et de la cotisation associative, mais ils ne disposent, en contrepartie, d'aucune voix délibérative.

Article 6 – Démission, Exclusion, décès

La qualité de Membre se perd :

- pour les personnes physiques, en cas de décès ;
- par la démission adressée au siège de l'Association par courrier recommandé avec accusé de réception à l'intention du Président, auquel devront être joints la copie du courrier de résiliation de l'adhésion aux assurances souscrites par l'Association. Lesdites résiliations devant respecter les conditions définies par les contrats d'assurance concernés ;
- pour les personnes morales, en cas de redressement/liquidation judiciaire ou de dissolution
- la disparition de l'une quelconque des conditions nécessaires à l'acquisition de la qualité de Membre, telle que la perte de la qualité d'adhérent à un Contrat collectif souscrit par l'Association ;
- par radiation prononcée par le Conseil d'administration pour infraction aux présents statuts ou lorsque le comportement se sera avéré contraire aux intérêts financiers et moraux de l'Association, l'intéressé ayant été préalablement invité à faire valoir ses moyens de défense
- Le non-paiement du droit d'entrée et/ou de la cotisation associative définie dans le Règlement intérieur.

La perte de la qualité de Membre de l'Association emporte résiliation de l'adhésion au Contrat collectif.

Article 7 – Responsabilité des Membres

Aucun Membre de l'Association, à quelque titre qu'il en fasse partie, n'est personnellement responsable des engagements contractés par elle ; seul en répond le patrimoine de l'Association.

Article 8 – Opposabilité aux Membres

Les partenaires, notamment les apporteurs d'affaires du courtier grossiste ZENIOO, proposent à leurs clients d'adhérer individuellement à l'Association et aux Contrats collectifs que celle-ci a souscrit.

Lors de leur adhésion à l'Association et au Contrat collectif, les adhérents reçoivent une notice d'information valant conditions générales mentionnant notamment, les conditions et conséquences d'une résiliation du Contrat collectif par l'Association souscriptrice ou l'organisme assureur. Ces documents sont opposables aux adhérents.

STATUTS
ASSOCIATION DES ASSURES DE ZENIOO

Association régie par la Loi du 1^{er} juillet 1901 et par le décret du 16 août 1901.
Siège social : 33, rue de la République – 69002 LYON

Article 9 – Ressources, dépenses, droit d'entrée, cotisation et fonds social

9-1 Ressources de l'Association

Celles-ci se composent :

- Les éventuelles droits d'entrée et Cotisations associatives de ses Membres adhérents de droit et des Membres bienfaiteurs
- Du revenu de ses biens
- Des sommes perçues en contrepartie des prestations fournies par l'association
- Des subventions ou versements autorisés par la loi
- De toute autre ressource non interdites par la loi.

9-2 Dépenses de l'Association

Elles sont constituées par toutes les sommes nécessaires à son fonctionnement et à sa représentation. Elles sont ordonnées par le Conseil d'administration ou par toute autre personne, par lui, mandatée à cet effet.

9-3 Droit d'entrée - Cotisation

Les Membres adhérents et les Membres bienfaiteurs peuvent être tenus d'acquitter un droit d'entrée dans l'Association ainsi qu'une cotisation associative.

Le montant ainsi que les modalités de paiement du droit d'entrée et/ou de la cotisation associative sont précisés dans le règlement intérieur et peuvent être révisés chaque année par le Conseil d'administration.

Le droit d'entrée et les cotisations associatives aident l'Association à :

- mener ses actions de recherche, sélection et souscription de Contrats collectifs conformément à son objet ;
- enregistrer et tenir à jour le registre des Membres adhérents de droit, avec leurs coordonnées et les caractéristiques et références des Contrats collectifs auxquels ils ont adhéré ;
- renforcer ses actions d'entraide et de soutien en faveur des Membres ;
- constituer un fonds social conformément à l'article 9-4 ;
- honorer ses frais de fonctionnement courants, de communication auprès des Membres ou pour promouvoir l'Association, ou ses charges statutaires (comme la tenue des assemblées générales, des conseils d'administration, ou les frais d'enregistrement d'actes afférents).

9-4 Fonds social

Il est constitué un fonds social utilisé sous la responsabilité du Conseil d'administration pour le déploiement d'actions diverses visant la cohésion, le bien-être et l'entraide de l'ensemble des Membres adhérents de droit ou l'aide de certains d'entre eux se trouvant dans des cas de détresse grave par suite d'événements relevant des garanties des Contrats collectifs. Les conditions d'utilisation et les modalités de gestion du fonds social sont précisées dans le règlement intérieur.

Article 10 – Conseil d'administration

10-1 Composition

Les membres du Conseil d'administration (ci-après désigné « Administrateur ») sont élus par l'Assemblée générale.

STATUTS

ASSOCIATION DES ASSURES DE ZENIOO

Association régie par la Loi du 1^{er} juillet 1901 et par le décret du 16 août 1901.

Siège social : 33, rue de la République – 69002 LYON

Le Conseil d'administration se compose au minimum de trois (3) et au maximum de cinq (5) Administrateurs. Les premiers Administrateurs sont désignés par l'Assemblée générale constitutive. Par la suite le Conseil d'administration est renouvelé tous les trois (3) ans, les nouveaux membres étant désignés par le Conseil d'administration en place et soumis à la ratification de l'Assemblée générale suivante. Les membres sortants sont immédiatement rééligibles.

Le Conseil d'administration est composé, pour plus de la moitié, d'Administrateurs ne détenant ou n'ayant détenu, au cours des deux années précédant leur désignation, aucun intérêt ni aucun mandat dans les organismes d'assurance signataires des Contrats collectifs souscrits par l'Association, et ne recevant ou n'ayant reçu au cours de la même période aucune rétribution de la part de ces mêmes organismes.

Tout Administrateur venant, en cours de mandat, à détenir un mandat ou à recevoir une rétribution quelconque de la part de l'un des organismes d'assurance signataire d'un Contrat collectif souscrit par l'Association, s'engage à en informer immédiatement le Président par courrier recommandé avec accusé de réception.

Pour le cas où cette déclaration viendrait à faire passer le nombre d'Administrateurs ne détenant ou n'ayant détenu, au cours des deux années précédant leur désignation, aucun intérêt ni aucun mandat dans les organismes d'assurance signataires des Contrats collectifs souscrits par l'Association, et ne recevant ou n'ayant reçu au cours de la même période aucune rétribution de la part de ces mêmes organismes, à moins de 51%, l'Administrateur en question perdra automatiquement sa qualité d'Administrateur et il sera procédé à son remplacement conformément au présent article.

En cas de vacance d'un Administrateur par décès, démission ou toute autre cause, et si cela fait baisser le nombre d'Administrateurs en dessous de 3 ou le pourcentage évoqué au paragraphe ci-dessus en dessous de 51%, le Conseil d'administration pourvoit provisoirement au remplacement dudit Administrateur. Le remplacement définitif intervient à la prochaine Assemblée générale. Les mandats des Administrateurs ainsi élus prennent fin à l'époque où devait normalement expirer le mandat des Administrateurs remplacés.

A défaut de ratification, les délibérations et les actes accomplis par le Conseil d'administration depuis la nomination provisoire n'en demeureront pas moins valables.

10-2 Qualité d'administrateur

Un Administrateur peut être une personne physique ou une personne morale. Si l'Administrateur est une personne morale, celle-ci désigne son représentant permanent au Conseil d'administration.

Pour être éligible au Conseil d'administration, toute personne physique ou morale doit être Membre de l'Association et à jour de l'éventuelle cotisation associative, et cette personne physique ou le représentant désignée par cette personne morale, doit être âgé de 18 ans au moins le jour de l'élection.

Toute nouvelle candidature devra être portée à la connaissance du président du Conseil d'administration par courrier recommandé reçu au moins trente jours avant la date de l'Assemblée générale accompagnée :

- De la copie d'une pièce d'identité ;
- D'une attestation sur l'honneur de non-condamnation ou mesures mentionnées aux 1° à 3° du I de l'article L 322-2 du Code des Assurances ;

STATUTS

ASSOCIATION DES ASSURES DE ZENIOO

Association régie par la Loi du 1^{er} juillet 1901 et par le décret du 16 août 1901.

Siège social : 33, rue de la République – 69002 LYON

- D'une attestation mentionnant l'existence ou la non-existence à son bénéfice de mandat ou d'éventuelle rétribution provenant de l'un des organismes d'assurance signataire d'une convention d'assurance avec l'Association.

Nul ne peut être membre du Conseil d'administration de l'Association, ni directement ou indirectement ou par personne interposée, administrer ou gérer à titre quelconque l'Association, ni disposer du pouvoir de signer pour le compte de l'Association s'il a fait l'objet d'une des condamnations ou mesures mentionnées aux 1° à 3° du I de l'article L 322-2 du Code des assurances.

10-3 Fin de mandat

Le mandat d'Administrateur prend fin :

- par le décès ;
- par la démission ;
- par la perte de qualité requise au titre de laquelle la nomination est intervenue ;
- par la révocation prononcée par l'assemblée générale, ladite révocation pouvant intervenir sur incident de séance ;
- par l'absence aux réunions du conseil et aux travaux de ce dernier pendant une année (selon les dispositions de l'article 10-4) ;
- par l'arrivée au terme, à l'issue de l'assemblée générale statuant sur les comptes de l'exercice passé, tenue dans l'année au cours de laquelle expire le mandat.

10-4 Tenue des réunions et délibérations du conseil

Le Conseil d'administration se réunit, sur convocation du Président, aussi souvent que l'intérêt de l'Association l'exige. La convocation pourra être effectuée par tous moyens à sa convenance.

Le Conseil d'administration pourra se tenir en physique, à distance par tout moyen de communication à distance permettant de respecter les règles de vote précisées par les présents Statuts, ou par voie de résolution écrite circularisée auprès de tous les administrateurs.

Les convocations, adressées au minimum 15 jours avant la réunion, par courrier, courriel ou sms, comprennent un ordre du jour prévisionnel. L'ordre du jour définitif est arrêté au moment de l'ouverture de la séance. Seules les questions figurant à l'ordre du jour peuvent faire l'objet d'un vote.

Les délibérations du Conseil d'administration font l'objet d'un procès-verbal consigné, sans blanc ni rature, dans un registre des délibérations et signé par le Président et au moins un des Administrateurs, qui peuvent ensemble ou séparément en délivrer des copies ou des extraits.

Le Conseil d'administration ne délibère valablement que si plus de la moitié des Administrateurs est présente. Les décisions du Conseil d'administration sont prises à la majorité des Administrateurs présents. En cas d'égalité, la voix du président est prépondérante.

Tout Administrateur qui, sans excuse, n'aura pas assisté aux réunions successives du conseil d'administration, pendant une année, pourra être exclu par décision du conseil d'administration, après avoir été mis en mesure de présenter ses observations.

10-5 Pouvoirs du conseil d'administration

Le Conseil d'administration est investi d'une manière générale des pouvoirs les plus étendus pour agir au nom de l'Association et l'administrer, dans les limites de son objet et, le cas échéant, dans la limite des

STATUTS

ASSOCIATION DES ASSURES DE ZENIOO

Association régie par la Loi du 1^{er} juillet 1901 et par le décret du 16 août 1901.
Siège social : 33, rue de la République – 69002 LYON

pouvoirs conférés par l'Assemblée générale. Il peut donner toute délégation de pouvoir au Président ou à un membre du bureau, notamment pour agir en justice.

Notamment, le Conseil d'administration :

- acter le changement de siège social et modifier les statuts en ce sens ;
- met en œuvre les décisions de l'Assemblée générale, organise et anime la vie de l'Association ;
- fixe l'ordre du jour des Assemblées et procède à leur convocation ;
- arrête les comptes et prépare le budget. Il détermine en conséquence le montant de l'éventuel droit d'entrée et/ou de la cotisation associative à verser par les Membres de l'Association ;
- établit un rapport annuel sur la vie de l'Association ainsi que sur le fonctionnement des Contrats collectifs souscrits par elle.

Le conseil d'administration élit chaque année, parmi les Administrateurs, à la majorité des suffrages exprimés, un bureau comprenant : un président, un secrétaire, un trésorier et éventuellement ses adjoints. Les membres du bureau sortant sont rééligibles. Une même personne physique peut cumuler deux fonctions au sein du bureau.

Le Conseil d'administration peut également se faire assister de toutes personnes qu'il jugera utile, adhérentes ou non à l'association.

10-6 Fonctions et pouvoirs du bureau

Les membres du bureau ont la qualité de Membre statutaire. Ils sont spécialement investis des attributions suivantes :

- Le président dirige les travaux du Conseil d'administration et assure le fonctionnement de l'Association. Il la représente en justice et dans tous les actes de la vie civile. Il est investi de tous pouvoirs à cet effet. Il peut déléguer ses pouvoirs à un autre Administrateur. En cas d'empêchement, il est suppléé par le secrétaire.
- Le secrétaire est chargé de la correspondance, notamment l'envoi des diverses convocations des organes de l'Association. Il rédige les procès-verbaux des réunions et délibérations et les transcrit sur les registres. Il assure l'exécution des formalités prescrites par la loi.
- Le trésorier est chargé de la gestion du patrimoine propre de l'Association et de la tenue des comptes. Il perçoit les recettes et se charge de l'appel des cotisations associatives. Il effectue, sous le contrôle du président tous paiements. Il crée, signe, accepte, endosse, acquitte tout chèque ou ordre de virement pour le fonctionnement des comptes. Il ne peut aliéner les valeurs constituant les fonds de réserve qu'avec l'autorisation du conseil d'administration. Il rend compte chaque année de sa gestion à l'assemblée générale qui statue sur les comptes.

10-7 Rémunération

Les fonctions d'Administrateurs sont généralement gratuites. Toutefois, un jeton de présence, pour chaque participation à une réunion du Conseil d'administration (physique ou à distance) pourra être versé aux Administrateurs à chaque participation. Les frais et débours occasionnés par l'accomplissement de leur mandat leur sont remboursés au vu des pièces justificatives. Les membres du bureau y compris le Président peuvent percevoir des indemnités et avantages au titre de leur fonction. Si tel est le cas, ils ne pourront pas recevoir de jetons de présence.

STATUTS
ASSOCIATION DES ASSURES DE ZENIOO

Association régie par la Loi du 1^{er} juillet 1901 et par le décret du 16 août 1901.
Siège social : 33, rue de la République – 69002 LYON

Le montant de la rémunération éventuelle des Administrateurs et/ou des membres du bureau est définie par décision du Conseil d'administration dans les limites fixées par l'Assemblée générale.

Le président du Conseil d'administration communique chaque année, par un rapport financier présenté à l'Assemblée générale ordinaire, le montant des paiements d'indemnités, avantages, jetons de présence et remboursements de frais et débours effectués à des Administrateurs. Le rapport doit également présenter les rémunérations versées par les entreprises d'assurances à un ou plusieurs membres du conseil d'administration en liaison avec les Contrats collectifs souscrits.

Article 11 – Assemblées générales

11-1 Convocation

Les Membres de l'Association au jour de la décision de la convocation, en règle du paiement de l'éventuelle cotisation associative, sont réunis au moins une fois par an en assemblée générale ordinaire et en tant que de besoin en assemblée générale extraordinaire.

Les assemblées se réunissent sur convocation du président de l'Association.

Les convocations aux assemblées générales ordinaires et extraordinaires doivent être adressées au moins trente (30) jours avant la date fixée pour la réunion de l'assemblée.

Des Assemblées générales extraordinaires peuvent en outre être convoquées à la demande d'au moins un dixième (10%) des Membres. Dans ce cas, les convocations à l'Assemblée générale extraordinaire doivent être adressées dans les huit jours du dépôt de la demande.

La convocation est nominative. Elle est valablement faite au choix du Conseil d'administration par lettre simple, courrier électronique ou autre moyen de communication à distance.

Les convocations doivent mentionner obligatoirement la date, l'heure, le lieu et l'ordre du jour prévus et fixés par les soins du Conseil d'administration ainsi que les éventuelles propositions de résolution présentées par le conseil d'administration et celles communiquées dans les délais présentés ci-après.

Sont portées à l'ordre du jour les propositions de résolution signées par au moins un dixième (10%) des Membres, ou à défaut cent (100) d'entre eux si le dixième (10%) des Membres est supérieur à cent (100), dès lors qu'elles ont été communiquées par courrier recommandé au président du conseil d'administration soixante (60) jours au moins avant la date fixée pour la tenue de l'assemblée.

Seules seront valables les résolutions prises par l'Assemblée générale sur les points inscrits à son ordre du jour.

11-2 Droit de vote

Tout Membre de l'Association dispose d'un droit de vote et d'une voix à l'assemblée générale, à l'exclusion des Membres d'honneur. Ce droit de vote peut être exercé par correspondance ou de façon électronique.

Chaque Membre adhérent de droit « Particulier », ne peut être représenté que par un autre Membre adhérent de droit « Particulier ». Les Membres adhérents de droit « Entreprise » ne peuvent être représentés que par leur représentant légal.

STATUTS

ASSOCIATION DES ASSURES DE ZENIOO

Association régie par la Loi du 1^{er} juillet 1901 et par le décret du 16 août 1901.

Siège social : 33, rue de la République – 69002 LYON

Chaque Membre a la faculté de donner mandat à un autre Membre ou à son conjoint. Un même Membre ne peut disposer de plus de cinq (5) votes, dans la limite de cinq pour cent (5%) des droits de vote. Le mandat donné vaut pour une seule assemblée générale ou deux si, lors de la première convocation, le quorum n'est pas atteint ou si deux assemblées – ordinaire et extraordinaire – se tiennent le même jour.

Les pouvoirs en blanc retournés à l'Association sont attribués au président et donnent lieu à un vote en faveur de l'adoption des projets de résolution présentés ou agréés par le conseil d'administration.

11-3 Tenue des assemblées

La présidence de l'Assemblée générale appartient au président du Conseil d'administration qui peut déléguer ses fonctions à un autre Administrateur.

L'Assemblée générale ordinaire ou extraordinaire ne peut valablement délibérer que si au moins un trentième (1/30) des Membres, ou à défaut mille (1000) d'entre eux sont présents, représentés ou ont fait usage de la faculté de vote par correspondance. Si, lors de la première convocation, l'Assemblée générale n'a pas réuni ce quorum, une seconde Assemblée générale est convoquée. Elle délibère alors valablement quel que soit le nombre de Membres présents, représentés ou ayant fait usage de la faculté de vote par correspondance.

Les Assemblées générales ordinaires ou extraordinaires pourront se tenir en physique ou à distance par tout moyen de communication à distance permettant de respecter les règles de vote précisées par les présents statuts.

Les délibérations sont consignées par des procès-verbaux inscrits sur un registre spécial et signées par le président et le secrétaire. Les procès-verbaux peuvent être consultés au siège de l'Association.

Il est tenu une feuille de présence qui est signée par chaque Membre présent et certifiée conforme par le président et le secrétaire.

Dans la limite des pouvoirs qui sont conférés à l'assemblée générale par les présents statuts, les décisions d'assemblée générale s'imposent à tous les Membres, en ce compris les absents, ceux qui se sont abstenus et ceux qui ont votés contre.

11-4 Prérogatives de l'Assemblée générale ordinaire

Au moins une fois par an, les Membres sont convoqués en Assemblée générale ordinaire dans les conditions prévues précédemment.

L'Assemblée générale entend :

- le rapport sur la gestion établi par le conseil d'administration portant notamment sur le fonctionnement des conventions d'assurance souscrites par l'association. Ce rapport est tenu à la disposition des adhérents qui en font la demande ;
- les rapports du commissaire aux comptes, dans le cas où l'Association en a désigné un ;
- le rapport « moral » de gestion du conseil d'administration exposant la situation de l'association et son activité au cours de l'exercice écoulé ;
- le rapport financier établi par le trésorier.

STATUTS

ASSOCIATION DES ASSURES DE ZENIOO

Association régie par la Loi du 1^{er} juillet 1901 et par le décret du 16 août 1901.
Siège social : 33, rue de la République – 69002 LYON

L'Assemblée générale, après avoir délibéré et statué sur les différents rapports, approuve les comptes de l'exercice clos (année civile), définit les principales orientations à venir en se prononçant sur le budget correspondant et délibère sur toutes les autres questions qui figurent à l'ordre du jour, exception faite de la révocation de membres du Conseil d'administration pouvant intervenir sur incident de séance.

Elle pourvoit au renouvellement des membres du Conseil d'administration dans les conditions prévues à l'article 10 des présents statuts.

Elle autorise la conclusion de tous les actes excédant les pouvoirs conférés au Conseil d'administration.

Conformément aux dispositions de l'article R141-6 du code des Assurances, elle autorise également la signature d'avenants aux contrats d'assurance de groupe souscrits par l'association. Elle peut toutefois déléguer au Conseil d'administration, par une ou plusieurs résolutions et pour une durée qui ne peut excéder dix-huit mois, le pouvoir de signer un ou plusieurs avenants dans des matières que la résolution définit. Le conseil d'administration exerce ce pouvoir dans la limite de la délégation donnée par l'Assemblée générale, et en cas de signature d'un ou plusieurs avenants, il en fait rapport à la plus proche assemblée.

Les décisions de l'Assemblée générale ordinaire sont adoptées à la majorité des votes exprimés.

Toutes les délibérations sont prises à main levée ou par correspondance.

Pour l'élection des membres du Conseil d'administration, le vote secret est obligatoire.

11-5 Prérogatives de l'assemblée générale extraordinaire

L'Assemblée générale extraordinaire statue sur les questions qui sont de sa seule compétence : les modifications à apporter aux statuts (sauf en ce qui concerne la modification du siège social qui relève de la compétence du Conseil d'administration), les opérations de fusion ou de dissolution.

Elle est convoquée dans les conditions définies précédemment.

Les décisions sont adoptées à la majorité des deux tiers des voix des Membres présents ou représentés.

Les votes ont lieu à main levée ou par correspondance.

Article 12 – Comptes de l'Association

12-1 Exercice social

L'exercice social commence le 1^{er} janvier et se termine le 31 décembre de chaque année.

Exceptionnellement le premier exercice débute le jour de la publication d'un extrait de la déclaration de l'Association au Journal Officiel pour finir le 31 décembre 2021.

12-2 Comptabilité – comptes sociaux

Il est tenu une comptabilité régulière des activités et opérations de l'Association.

Le trésorier établit ou fait établir sous sa responsabilité, chaque année, un bilan et un compte de résultat et tout autre document nécessaire.

STATUTS

ASSOCIATION DES ASSURES DE ZENIOO

Association régie par la Loi du 1^{er} juillet 1901 et par le décret du 16 août 1901.

Siège social : 33, rue de la République – 69002 LYON

12-3 Commissaire aux comptes

Le Conseil d'administration peut proposer à l'Assemblée générale, par choix ou pour se conformer aux exigences légales, la nomination d'un commissaire aux comptes titulaire et d'un commissaire aux comptes suppléant.

Le commissaire aux comptes exerce sa mission de contrôle dans les conditions prévues par la loi et les normes professionnelles.

Article 13 – Règlement intérieur

Le bureau ou le Conseil d'administration peuvent établir un ou plusieurs règlements intérieurs, avec l'objectif de préciser et compléter les règles de fonctionnement de l'Association.

Ces règlements intérieurs s'imposent aux Membres présents et futurs de l'Association au même titre que les règles statutaires.

Article 14 – Dissolution, liquidation

La dissolution de l'Association, sa fusion ou son union avec un autre organisme, ne peuvent être décidées, sur proposition du conseil d'administration, que par une assemblée générale extraordinaire, selon les conditions prévues ci-dessus. L'assemblée générale extraordinaire désigne un ou plusieurs liquidateurs, qui jouiront des pouvoirs les plus étendus pour réaliser l'actif et acquitter le passif.

Conformément à l'article L141-6 du code des assurances, en cas de liquidation ou de dissolution de l'association, les adhésions en cours au jour de la dissolution ou de la liquidation, se poursuivront de plein droit entre les organismes assureurs et les personnes antérieurement adhérentes au contrat.

Article 15 – Attribution de compétence

Les membres de l'association font attribution de compétence au Tribunal de Grande Instance de Lyon (69003) pour régler les litiges pouvant survenir entre eux.

Article 16 – Déclaration et publication

Le Conseil d'administration remplira les formalités de déclaration et de publication prescrites par la loi.

Tous pouvoirs sont conférés à cet effet au porteur d'un original des présentes.

LE TRAITEMENT DE VOS DONNEES PAR L'ASSOCIATION DES ASSURES DE ZENIOO

En tant que Responsable de traitement, l'Association des Assurés de Zenioo collecte des données sur les Adhérents et les bénéficiaires de ses aides, à des fins de réalisation de son objet social et notamment :

- l'étude de la demande d'aide ;
- la collecte de la Cotisation associative ;
- la réalisation d'études statistiques et actuarielles. Ce traitement est réalisé dans l'intérêt de l'Association, afin d'améliorer son fonctionnement.

Ces données sont collectées directement auprès de l'Adhérent ou de son courtier en assurance.

Les données sont conservées pendant toute la durée pendant laquelle l'Adhérent bénéficie de la qualité de membre de l'Association des Assurés de Zenioo puis, pendant la durée de prescription légale applicable.

Au sein de l'Association des Assurés de Zenioo, seules les personnes ayant besoin de connaître ces données dans le cadre de leurs missions y ont accès.

Les données peuvent également être transmises aux délégataires de l'Association des Assurés de Zenioo, aux autorités administratives et judiciaires pour satisfaire aux obligations légales et réglementaires en vigueur.

Les données sont traitées sur le territoire de l'Union Européenne. Elles peuvent toutefois faire l'objet, sous contrôle, de transferts hors de ce territoire. Ces règles peuvent être transmises sur demande à l'Association.

Conformément à la loi « Informatique et Libertés » n° 78-17 du 6 janvier 1978 et au règlement européen (UE) n°2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016, tout Adhérent dispose d'un droit d'accès, de portabilité (dans les cas prévus par la loi uniquement), de rectification, de limitation (dans les cas prévus par la loi uniquement), d'opposition et de suppression (uniquement des données inexacts, incomplètes, équivoques, périmées ou dont le traitement est illicite) concernant les informations qui le concerne ainsi que du droit de définir des directives relatives à la conservation, l'effacement et à la communication de ces données après son décès.

L'Adhérent peut exercer ses droits en adressant un courrier à l'adresse suivante : Association des assurés Zenioo – 33 rue de la République, 69002 Lyon. Une copie de la pièce d'identité (recto-verso) du demandeur devra être transmise lors de la demande.

L'Adhérent ou le bénéficiaire dispose également de la faculté d'introduire une réclamation relative au traitement de ses données personnelles :

- Sur le site de la CNIL en remplissant un formulaire de plainte en ligne ;
- Par courrier postal en écrivant à : CNIL - 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07.