

# NOTICE D'INFORMATION

## **Valant Conditions Générales**

SPVIE SANTE NOVA N° J2KGB4



# Sommaire

## VALANT CONDITIONS GÉNÉRALES

### LEXIQUE

|            |                                       |           |
|------------|---------------------------------------|-----------|
| <b>I</b>   | <b>Dispositions Générales</b>         | <b>9</b>  |
| 1.1        | Préambule                             | 9         |
| 1.2        | Quel est l'objet du Contrat?          | 9         |
| 1.3        | Qui peut adhérer?                     | 9         |
| 1.4        | Comment adhérer?                      | 9         |
| 1.5        | Qui est assuré?                       | 10        |
| 1.6        | Où est-on assuré?                     | 10        |
| 1.7        | Quand commence la couverture?         | 10        |
| 1.8        | Le Contrat est-il responsable?        | 10        |
| <b>II</b>  | <b>Fonctionnement du contrat</b>      | <b>11</b> |
| 2.1        | Effet et renouvellement de l'adhésion | 11        |
| 2.2        | Modification du niveau de garantie    | 11        |
| 2.3        | Résiliation de l'adhésion             | 11        |
| 2.4        | Cessation des garanties               | 12        |
| 2.5        | Nullité de l'adhésion                 | 13        |
| 2.6        | Renonciation de l'adhésion            | 13        |
| 2.7        | Obligations de l'Adhérent             | 13        |
| 2.8        | Modification du Contrat               | 14        |
| <b>III</b> | <b>Garanties et Prestations</b>       | <b>14</b> |
| 3.1        | Formules                              | 14        |
| 3.2        | Description des garanties             | 14        |
| 3.3        | Exclusions                            | 16        |
| 3.4        | Règlement des prestations             | 17        |
| 3.5        | Subrogation                           | 18        |

|           |   |           |
|-----------|---|-----------|
| <b>IV</b> | <b>Cotisations . . . . .</b>  | <b>18</b> |
| 4.1       | Montant des cotisations . . . . .   | 18        |
| 4.2       | Paie ment des cotisations . . . . .   | 19        |
| 4.3       | Impayés . . . . .   | 19        |
| 4.4       | Evolution des cotisations . . . . .   | 19        |
| <b>V</b>  | <b>Dispositions réglementaires . . . . .</b>                                    | <b>19</b> |
| 5.1       | Réclamations . . . . .  | 19        |
| 5.2       | Prescription . . . . .  | 20        |
| 5.3       | Lutte contre le blanchiment des capitaux et financement du terrorisme . . . . . | 20        |
| 5.4       | Protection des données personnelles . . . . .                                   | 20        |

# Préambule

Le contrat N° J2KGB4 SPVIE SANTE NOVA est un produit d'assurance souscrit auprès de :

**SEYNA**

SA au capital de 1.115.800,42€ dont le siège social est situé 20 bis rue Louis-Philippe, 92200 Neuilly sur Seine, immatriculée au RCS de Nanterre sous le n°843 974 635, entreprise régie par le code des assurances et soumise au contrôle de l'ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution), 4 Place de Budapest CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09

Dénommées ci-après « l'Assureur »,

Par :

**L'association Basel Medical Insurance (BMI)**

Immatriculée sous le n° W751217424  
dont le Siège social est situé au 26 rue Pagès 92150 - SURESNES

Dénommée ci-après « l'Association »,

Et distribué et géré par :

**SPVIE ASSURANCES**

SAS au capital social de 48 868,30 euros, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Nanterre sous le numéro 525 355 251, et inscrite à l'ORIAS en qualité de courtier en assurance sous le numéro 10 058 151 dont le siège social est situé au 26 rue Pagès - 92150 SURESNES

Dénommée ci-après « le gestionnaire »,

Toutefois, une subdélégation de gestion des prestations ainsi que des affiliations papier a été confiée à :

**CGRM**

SAS au capital de 457 347,05 €, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de DUNKERQUE sous le numéro 332 713 361, et inscrite à l'ORIAS en qualité de courtier en assurance sous le numéro 07 000 503 dont le siège social est situé au 377 rue de Luxembourg – 59640 DUNKERQUE

Dénommé ci-après « le subdélégataire »

# Lexique

**Accident** : Toute atteinte corporelle, non intentionnelle de la part de la personne qui en est victime provenant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure.

**Assurance maladie obligatoire, Régime obligatoire ou Régime de la Sécurité sociale** : Désigne le régime obligatoire français auquel est rattaché l'Assuré couvrant tout ou partie des dépenses liées à la maladie, à la maternité et aux accidents.

**Base de remboursement (BR)** : C'est le tarif servant de référence à l'Assurance Maladie Obligatoire pour déterminer le montant de son remboursement. Le prix facturé au patient peut, dans certaines situations, être supérieur à la base de remboursement. Exemple : consultation réalisée par un médecin de secteur 2.

On parle de :

- **Tarif de convention (TC)** lorsque les actes sont effectués par un professionnel de santé conventionné avec l'Assurance Maladie Obligatoire. Il s'agit d'un tarif fixé par une convention signée entre l'Assurance Maladie Obligatoire et les représentants de cette profession.
- **Tarif d'autorité (TA)** lorsque les actes sont effectués par un professionnel de santé non conventionné avec l'Assurance Maladie Obligatoire (ce qui est peu fréquent). Il s'agit d'un tarif forfaitaire qui sert de base de remboursement. Il est très inférieur au tarif de convention.
- **Tarif de responsabilité (TR)** pour les médicaments, appareillages et autres biens médicaux.

**Certificat d'adhésion** : Il vaut adhésion au(x) Contrat(s) cadre(s) et précise les conditions particulières de souscription de l'Adhérent notamment son niveau de garanties, leur éventuel caractère responsable en indiquant le numéro de police adéquat et le montant de ses cotisations. Est jointe au Certificat d'adhésion et fait pleinement partie de l'adhésion la présente notice d'information.

**Concubinage** : Union de fait caractérisée par une vie commune présentant un caractère de stabilité et de continuité entre deux personnes de sexe différent ou de même sexe, qui vivent en couple.

**Concubin** : Personne vivant en concubinage avec

l'Adhérent au sens de l'article 515-8 du Code civil, bénéficiant d'un Régime obligatoire de protection sociale français, exerçant ou non une activité professionnelle, dans la mesure où :

- l'Adhérent et le concubin partagent le même domicile et sont libres de tout autre lien de même nature (c'est à dire que chacun est célibataire, veuf, divorcé et n'est pas engagé dans les liens d'un Pacte Civil de Solidarité – PACS),
- une déclaration sur l'honneur signée par chacun des intéressés certifiant que le concubinage est notoire et indiquant le numéro de Sécurité sociale de l'Adhérent et celui de son concubin est adressée à l'Organisme assureur.

En cas de concubins multiples, seul le concubin qui se trouve à la charge effective, totale et permanente de l'Adhérent sera pris en considération. A défaut ou en cas de pluralité de concubins répondant à cette dernière définition, seul le plus âgé sera retenu.

**En cas de mariage de l'Adhérent ou de conclusion d'un PACS par l'Adhérent avec une autre personne, le concubin n'est plus considéré comme Ayant droit.**

L'Assureur se réserve la possibilité de demander toute preuve de la situation de concubinage, notamment une attestation du Régime obligatoire de protection sociale ainsi que toutes pièces libellées au nom des 2 concubins ou de chacun d'entre eux, de nature contractuelle ou émanant d'un Organisme administratif, datées de moins de 3 mois et faisant mention du domicile, telles que contrat de bail, facture, relevé bancaire, avis d'imposition, permettant de justifier de l'existence du domicile commun.

**Conjoint** : Personne mariée avec l'Adhérent non séparé de corps judiciairement, ni divorcé, bénéficiant d'un Régime obligatoire de protection sociale français, exerçant ou non une activité professionnelle.

**Conventionné /non conventionné** : Les frais pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire varient selon que le prestataire des soins (professionnels ou établissements de santé) a passé ou non une convention avec l'Assurance Maladie Obligatoire et se conforme aux conditions et tarifs de facturation prévus par celle-ci.

- **Professionnels de santé** Les professionnels de santé sont dits « conventionnés » lorsqu'ils ont adhéré à la convention nationale conclue entre l'Assurance Maladie Obligatoire et les représentants de leur profession. Ces conventions nationales fixent notamment les tarifs applicables par ces professionnels. On parle alors de tarif conventionnel. Le tarif conventionnel est opposable, c'est-à-dire que le professionnel de santé s'engage à le respecter. Les honoraires des professionnels de santé conventionnés sont remboursés par l'Assurance Maladie Obligatoire sur la base du tarif de convention, dans les conditions de réalisation des actes et de leurs facturations prévues par celle-ci.

Ainsi, les médecins conventionnés autorisés à pratiquer des honoraires différents, souvent appelés de « secteur 2 », peuvent facturer avec « tact et mesure » des dépassements d'honoraires sur les tarifs de convention. Cette possibilité de facturer des dépassements est aussi accordée aux chirurgiens-dentistes sur les tarifs des prothèses dentaires et l'orthodontie. Dans tous les cas, les professionnels de santé ne doivent pas facturer des dépassements d'honoraires aux bénéficiaires de la Complémentaire santé solidaire.

Les professionnels de santé « non conventionnés » (qui n'ont pas adhéré à la convention nationale conclue entre l'Assurance Maladie Obligatoire et les représentants de leur profession ou qui en ont été exclus) fixent eux-mêmes leurs tarifs. Les actes qu'ils effectuent sont remboursés sur la base d'un tarif dit « d'autorité », très inférieur au tarif de convention.

- **Établissements de santé** Les frais pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire dans le cadre d'une hospitalisation varient selon que l'établissement a passé ou non un contrat avec l'Agence régionale de santé compétente.

**Devis :** Document établi par certains professionnels de santé, présentant les soins ou les prestations proposés et leur prix, de manière préalable à leur achat ou à leur réalisation.

**Dispositifs de pratiques tarifaires maîtrisées (OPTAM / OTAM-CO) :** Ces dispositifs prennent aujourd'hui la forme de deux options de pratiques tarifaires maîtrisées (OPTAM et OPTAM-CO) qui sont des options ouvertes à certains médecins par la convention avec l'Assurance Maladie Obligatoire pour les accompagner dans la limitation des pratiques excessives de dépassement d'honoraires. En adhérant à cette option, les professionnels de santé

s'engagent à limiter leurs dépassements d'honoraires dans des conditions établies par la convention.

L'option de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM) est ouverte à tous les médecins autorisés à facturer des dépassements d'honoraires (secteur 2) et à certains médecins de secteur 1 (les médecins de secteur 1 titulaires des titres requis pour accéder au secteur 2 et installés avant le 1er janvier 2013).

L'option de pratique tarifaire maîtrisée, en chirurgie et obstétrique (OPTAM-CO), est ouverte aux médecins de secteur 2 et à certains médecins de secteur 1 exerçant une spécialité chirurgicale ou de gynécologie obstétrique.

Ces options ont pour objectif d'améliorer la prise en charge des patients dans le cadre du parcours de soins coordonnés en soutenant une part substantielle d'activité à tarif opposable par l'amélioration du niveau de remboursement par l'Assurance Maladie Obligatoire et la limitation des dépassements d'honoraires.

Pour savoir si un médecin a adhéré à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO, le site [annuaire.sante.ameli.fr](http://annuaire.sante.ameli.fr) est à la disposition de tous.

**Enfant à charge :** Les enfants de l'Adhérent, de son Conjoint, de son Concubin ou de son Partenaire âgés de moins de 18 ans, qu'ils soient légitimes, naturels, adoptifs ou recueillis dont l'assuré pourvoit aux besoins et assume la charge effective et permanente de leur entretien ou pour lesquels l'Assuré verse une pension alimentaire constatée judiciairement ou déduite fiscalement.

Sont assimilés aux enfants de plus de 18 ans :

- les enfants de 21 ans à charge fiscale de l'assuré
- les enfants de moins de 28 ans qui poursuivent leurs études et peuvent en justifier par un certificat de scolarité
- les enfants de moins de 28 ans qui sont engagés au Service Civique tel que créé par la loi n°2010-241 du 10 mars 2010 et l'article L111-2 du Code du Service national et peuvent en justifier par un certificat
- les enfants de moins de 28 ans, demandeurs d'emploi percevant une allocation inférieure à 55% du SMIC pouvant en justifier par une notification de POLE EMPLOI, à défaut une attestation sur l'honneur des parents précisant que l'enfant n'a pas d'activité rémunérée (salaire ou indemnité)
- les enfants de moins de 28 ans qui sont en apprentissage, en contrat de professionnalisation ou en contrat de formation en alternance et qui perçoivent une rémunération inférieure au SMIC ; dans ce cas, ils doivent fournir une copie du contrat d'apprentissage,

de formation ou d'alternance ainsi que les trois derniers bulletins de salaire

- les enfants handicapés rattachés au foyer fiscal du membre participant atteints d'une incapacité permanente, reconnue, avant leur 21ème anniversaire ou leur 28ème anniversaire s'ils poursuivaient des études, au sens de l'article 169 du Code de la famille et de l'aide sociale, suite à une infirmité ou une maladie incurable.

**Hospitalisation** : Désigne un séjour dans un établissement de santé en vue du traitement médical d'une maladie, d'un Accident ou d'une Maternité.

L'hospitalisation ambulatoire recouvre les séjours sans nuitée tant pour de la chirurgie que pour des actes de médecine (dialyse...).

**Hospitalisation à domicile** : Alternative à l'hospitalisation classique, elle est définie par le Code de la santé publique comme une forme d'hospitalisation à temps complet au cours de laquelle les soins sont effectués au domicile de la personne.

**Inlays et onlays** : Techniques permettant de reconstruire la dent tout en la gardant vivante. Dans le cas de caries de volume important, la réalisation d'un inlay ou d'un onlay permet souvent d'éviter de réaliser une prothèse dentaire. Les inlays et onlays ne sont pas des prothèses.

**Maladie** : Toute altération de l'état de santé constatée par une autorité médicale compétente.

**Maternité** : Grossesse non pathologique, accouchement et ses suites. La maternité n'est considérée ni comme une Maladie, ni comme un Accident.

**Pacte civil de solidarité – PACS** : Un pacte civil de solidarité est un contrat conclu par deux personnes physiques majeures, de sexe différent ou de même sexe, pour organiser leur vie commune (article 515-1 du code civil).

**Parcours de soins coordonnés** : C'est le circuit que les patients doivent suivre pour être pris en charge médicalement de façon personnalisée. Organisé autour du médecin traitant, il concerne désormais tous les assurés de l'Assurance Maladie Obligatoire et leurs ayants droit de moins de 16 ans.

Est considérée comme étant dans le parcours de soins coordonnés une personne qui :

- A déclaré un médecin traitant auprès de l'Assurance Maladie Obligatoire et consulte celui-ci (ou son remplaçant) en première intention
- Consulte un autre médecin, appelé « médecin

correspondant », après lui avoir été adressée par son médecin traitant.

Bien que n'ayant préalablement pas consulté son médecin traitant, une personne est considérée comme étant toujours dans le parcours de soins, qu'elle se trouve dans un cas d'urgence et/ou d'éloignement géographique.

De même, pour certains soins, les gynécologues, ophtalmologues et stomatologues, ainsi que les psychiatres ou neuropsychiatres pour les patients entre 16 et 25 ans, peuvent être consultés directement, sans passer par le médecin traitant. On parle alors d'accès direct autorisé.

Lorsqu'une personne âgée de plus de 16 ans est en dehors du parcours de soins, le remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire est diminué.

**Partenaire** : La personne physique majeure liée à l'Adhérent par un pacte civil de solidarité (PACS).

**Personnes assurées** : L'Adhérent et, le cas échéant, ses Ayants droits inscrits au contrat.

**Prix Limite de Vente (PLV)** : 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 de vente est libre.

**Réclamation** : En application de la recommandation ACPR 2022-R-01 du 9 mai 2022 une réclamation se définit comme l'expression d'un mécontentement envers un professionnel quel que soit l'interlocuteur ou le service auprès duquel elle est formulée. Elle peut émaner de toute personne, y compris en l'absence de relation contractualisée avec le professionnel : clients (particuliers ou professionnels), anciens clients, bénéficiaires, personnes ayant sollicité du professionnel la fourniture d'un produit ou service ou qui ont été sollicitées par un professionnel, y compris leurs mandataires et leurs ayants droit. Une demande de service ou de prestation, d'information ou d'avis n'est pas une réclamation.

**Tarif de Convention (TC)** : Lorsque les actes sont effectués par un professionnel de santé conventionné avec l'Assurance Maladie Obligatoire. Il s'agit d'un tarif fixé par une convention signée entre l'Assurance Maladie Obligatoire et les représentants de cette profession.

**Tarif d'Autorité (TA)** : Lorsque les actes sont effectués par un professionnel de santé non conventionné avec l'Assurance Maladie Obligatoire (ce qui est peu fréquent). Il s'agit d'un tarif forfaitaire qui sert de base de remboursement. Il est très inférieur au tarif de convention.

**Tarif de Responsabilité (TR) :** Pour les médicaments, appareillages et autres biens médicaux.

**Ticket modérateur (TM) :** C'est la différence entre la base de remboursement et le montant remboursé par l'Assurance Maladie Obligatoire (avant application sur celui-ci de la participation forfaitaire d'2 € ou d'une franchise).

Le montant du ticket modérateur varie selon les actes ou les traitements, la nature du risque concerné (Maladie, Maternité, accident du travail, etc.), ou selon que les soins sont dispensés à l'assuré dans le cadre d'une affection de

longue durée (ALD).

Le ticket modérateur peut être forfaitaire (il est fixé à 24€) pour certains actes dits « lourds ».

Il est obligatoirement pris en charge par les contrats d'assurance maladie complémentaire responsables (sauf exceptions).

La participation forfaitaire d'2€, les franchises et les dépassements d'honoraires s'ajoutent au ticket modérateur : il constitue l'ensemble des frais restant à la charge de l'assuré social avant intervention de l'assurance maladie complémentaire.



## I - Dispositions Générales

### 1.1 Préambule

Le présent Contrat est un contrat d'assurance de groupe à adhésion facultative conformément à l'article L.141-1 du Code des assurances, conclu entre l'Association Basel Medical Insurance (BMI) et l'assureur Seyna au bénéfice des adhérents de l'association (ci-après le "Contrat"). Le Contrat fait intervenir plusieurs acteurs :

- **L'Association ou le Souscripteur** : désigne l'Association Basel Medical Insurance souscriptrice du contrat collectif avec l'Assureur.
- **L'Adhérent** : désigne la personne physique, adhérente à l'Association, ayant adhéré au Contrat cadre souscrit par cette dernière dans les conditions prévues à l'article 1.3.
- **les Assurés** : désignent l'Adhérent principal et ses éventuels ayants droit bénéficiaires affiliés au régime de Sécurité sociale français et au présent Contrat. Les ayants droit ne peuvent avoir la qualité d'Assurés que si l'Adhérent principal est lui-même assuré au contrat.
- **L'Assureur** : désigne Seyna, société anonyme au capital de 1.115.800,42€, dont le siège social est situé au 20 bis rue Louis Philippe 92200 Neuilly sur Seine, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Nanterre sous le numéro 843 974 635, Entreprise d'assurance régie par le Code des assurances.
- **le Courtier distributeur et gestionnaire** : désigne SPVIE, société par actions simplifiée au capital de 48.868,03€, dont le siège social est situé au 26 rue Pagès, 92150 Suresnes, immatriculé au registre de l'ORIAS sous le n° 10 058 151 distribuant le Contrat auprès de l'Adhérent au sens de l'article L.511-1 du Code des assurances.

Seyna et SPVIE sont toutes soumises au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR)- 4 Place de Budapest, CS 92459, 75436 PARIS CEDEX 09. Le présent Contrat conclu entre le Souscripteur et l'Assureur prend effet le 15 juillet 2024. Le Contrat a été souscrit pour une première période se terminant le 31 décembre 2025. Il est reconduit tacitement le 1er janvier de chaque année pour des périodes successives d'un an sauf cas de résiliation anticipée.

Le Contrat est régi par la loi française et la langue applicable est la langue française.

### 1.2 Quel est l'objet du Contrat ?

Le Contrat est un contrat d'assurance collectif à adhésion individuelle et facultative ayant pour objet de rembourser tout ou partie des frais de santé restant à la charge de l'Adhérent principal et de ses ayants droit affiliés en cas d'Accident, de Maladie ou de Maternité, en complément de la Sécurité sociale française.

Il intervient ainsi pour le remboursement de frais de santé en complément des prestations du Régime obligatoire, dans la limite des frais réels engagés par les Assurés.

Le Contrat prévoit des formules de garanties accordant des niveaux différents de remboursement et de prestation.

Les tableaux de garanties figurent en ANNEXE I des présentes Conditions générales valant Notice d'information.

Le Contrat est régi par le Code des assurances et relève des branches Accidents (1) et Maladie (2) prévues à l'article R.321-1 du code précité.

Tous les termes utilisés dans les présentes Conditions générales et débutant par une majuscule sont définis au Chapitre VI.

### 1.3 Qui peut adhérer ?

Le Contrat s'adresse à :

- des particuliers
- des personnes retraitées.

Toutes ces personnes doivent être adhérentes à l'Association souscriptrice. L'Adhérent doit :

- Être résident fiscal français
- Être domicilié en France métropolitaine ou dans les DROM
- Avoir au minimum 18 ans et au maximum 85 ans inclus à l'adhésion par différence de millésime
- Être affilié à un Régime Obligatoire de Sécurité sociale Français
- Avoir la capacité juridique pour adhérer.

### 1.4 Comment adhérer ?

L'adhésion au Contrat est réservée aux membres du Souscripteur demandant à adhérer au Contrat.

La personne peut adhérer au Contrat, en signant un Bulletin d'adhésion de manière manuscrite ou par l'intermédiaire d'un dispositif de signature électronique, après présentation d'une proposition commerciale par

son Courtier distributeur.

Cette adhésion n'est soumise à aucune formalité médicale. L'Adhérent choisit à cette occasion :

- Une formule de garanties
- La date d'effet de son adhésion (dans la limite de 12 mois).

L'Adhérent peut également décider d'affilier ses ayants droit tels que définis à l'article 1.5. L'Adhérent doit en parallèle fournir au Gestionnaire :

- le code IBAN de son compte bancaire français ou de celui du Bénéficiaire des soins pour le versement des prestations et le prélèvement des cotisations le cas échéant,
- son attestation d'assuré social et celle de ses Ayants droit inscrits au Contrat.

L'adhésion est constatée par l'émission d'un certificat d'adhésion indiquant notamment :

- la date d'effet de l'adhésion,
- les Ayants droit inscrits à l'adhésion,
- la formule de garanties souscrite,
- le montant de cotisation correspondant.

### 1.5 Qui est assuré ?

Sous réserve du paiement des cotisations correspondantes, en sus de l'Adhérent, Assuré principal, les Ayants droit peuvent être affiliés au titre du présent Contrat.

Par Ayants droit, il faut entendre les personnes désignées en tant que tels par le membre participant, à savoir :

- son Conjoint
- son Concubin
- son Partenaire
- ses Enfants à charge

L'affiliation des Ayants droit, alors bénéficiaires des garanties et assurés au Contrat, peut être réalisée à l'adhésion ou en cours d'adhésion.

### 1.6 Où est-on assuré ?

Les garanties et prestations du présent contrat sont acquises pour les soins réalisés en France Métropolitaine et en DROM.

Les soins réalisés à l'étranger sont remboursés sur la base du tarif de responsabilité de la Sécurité sociale.

Les prestations seront ainsi versées à la condition de prise en charge par l'Assurance maladie obligatoire et selon la

codification des actes qu'elle aura retenue.

### 1.7 Quand commence la couverture ?

Le Contrat prend effet pour l'Adhérent à la date indiquée au Certificat d'adhésion. L'inscription des Ayants droit prend effet :

- à la même date que l'adhésion de l'Adhérent lui-même, lorsqu'il demande l'inscription des intéressés concomitamment à sa propre adhésion,
- au 1er jour du mois civil suivant celui au cours duquel est intervenu :
  - une modification de la situation matrimoniale de l'Adhérent (mariage, conclusion d'un Pacte Civil de Solidarité...),
  - une naissance d'enfant(s),
  - le terme normal d'une garantie antérieure couvrant les Ayants droit,

sous réserve que cette modification ait été portée à la connaissance de l'Assureur dans un délai de deux mois suivant la date de la modification ou de la naissance,

- au 1er d'échéance mensuelle suivant dans les autres cas ou lorsque le délai de deux mois précité n'aura pas été respecté,
- et en outre, en cas de demande ultérieure de rattachement d'un Ayant droit, dans les conditions de l'article « formule de garanties ».

Conformément à l'article 2.1, il est précisé que l'Assureur ne prend en charge, tant pour l'Adhérent que pour ses Ayants droit, que les soins réalisés au titre d'actes prescrits à compter de la date d'effet des garanties.

### 1.8 Le Contrat est-il responsable ?

Le présent Contrat est un contrat ne répondant pas aux critères du contrat responsable fixés par l'article L.871-1 du code de la Sécurité sociale.

## II - Fonctionnement du contrat

### 2.1 Effet et renouvellement de l'adhésion

Chaque Assuré bénéficie des garanties à compter de son affiliation au Contrat intervenant au plus tôt à la date d'effet du Contrat tel que précisé à l'article 1.7.

Les garanties ne sont toutefois ouvertes que pour les soins réalisés à compter de la date d'affiliation/adhésion de l'Assuré. Les soins réalisés antérieurement à cette date ne peuvent pas donner lieu à une prise en charge de l'Assureur.

Le bénéfice des prestations est soumis à un délai de carence de 3 mois à compter de la date d'adhésion.

Les garanties exprimées en pourcentage de la Base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS) sont limitées à 100% du BRSS durant les 3 premiers mois suivant la date d'adhésion.

Les garanties exprimées en euros n'offrent aucune prise en charge durant les 3 premiers mois suivant la date d'adhésion.

**Le Contrat est renouvelé tacitement chaque année à la date d'anniversaire de l'adhésion, sauf dénonciation par l'une ou l'autre des parties selon les modalités prévues à l'article 2.3.**

### 2.2 Modification du niveau de garantie

L'Adhérent peut faire évoluer sa formule de garanties :

- à compter de 12 mois d'ancienneté sur son niveau de garanties antérieur tant pour lui-même que pour ses Ayants droits éventuellement inscrits au Contrat **à effet de chaque date d'échéance annuelle anniversaire sous réserve d'en faire la demande 2 mois au moins avant cette date ;**
- à tout moment en cas de changement de situation de famille (en cas de mariage, conclusion d'un PACS, Concubinage, divorce, rupture du PACS ou cessation du Concubinage, décès du Conjoint, partenaire du PACS ou Concubin, naissance d'enfant...) **sous réserve de déclarer ce changement de situation de famille et d'indiquer la nouvelle formule de garanties retenue dans un délai de 2 mois suivant la date du changement de situation de famille.**

Pour toute demande de modification, l'Adhérent devra compléter et signer un nouveau bulletin fourni par le Gestionnaire sur lequel il indiquera la nouvelle formule de garanties et le cas échéant la (ou les) modifications de

sa situation de famille.

**Dans tous les cas, l'Adhérent et l'ensemble de ses Ayants droits inscrits au certificat d'adhésion doivent bénéficier de la même formule de garanties.**

**Si les délais de deux (2) mois ci-dessus ne sont pas respectés ou si le nouveau choix exprimé par l'Adhérent est irrecevable, l'Adhérent et ses Ayants droits inscrits au certificat d'adhésion continueront à bénéficier de la formule de garanties précédemment retenue.**

**L'Adhérent qui modifie sa formule de garanties à la baisse, ne pourra à nouveau souscrire à une formule à la hausse qu'en cas de modification de sa situation de famille dans les conditions exposées ci-dessus.**

### 2.3 Résiliation de l'adhésion

**L'adhésion est résiliée de plein droit dans les cas suivants :**

- En cas de résiliation du Contrat
- En cas de décès de l'Adhérent
- Lorsque l'Adhérent perd la qualité d'Assuré
- En cas de cessation ou de changement d'affiliation à un Régime Obligatoire d'assurance maladie.

Il est à noter que si l'Adhérent perd la qualité d'adhérent à l'Association, la résiliation prendra effet à la date anniversaire de l'adhésion.

**L'adhésion peut être résiliée par l'Adhérent dans les cas suivants :**

- Conformément à l'article L.113-12 du Code des assurances, l'Adhérent peut résilier son adhésion à la date d'échéance anniversaire moyennant le respect d'un préavis de 2 mois, la résiliation prendra effet la veille de la date d'échéance.
- Conformément à l'article L.113-15-2 du Code des assurances, l'Adhérent peut résilier son adhésion à tout moment après l'expiration d'un délai d'un an à compter de l'adhésion au contrat. La résiliation prend effet un mois après que l'Assureur en a reçu notification par l'Adhérent. L'Assureur sera tenu de rembourser, dans un délai de trente jours à compter de la date d'effet de la résiliation, les éventuelles cotisations payées pour la période non assurée à compter de la résiliation. Dans le cas où le Gestionnaire reçoit une demande de la part d'un autre organisme assureur pour résilier l'adhésion en lieu et place de l'Adhérent, le Gestionnaire procède à la résiliation, si la demande est conforme aux textes

règlementaires applicables, dans les mêmes conditions qu'énoncées ci-dessus.

- Conformément à l'article L141-4 du code des assurances en cas de modifications des garanties du Contrat proposées par l'Assureur et refusées par l'Adhérent, la résiliation prendra effet le dernier jour de l'échéance mensuelle en cours.

**Conformément à l'article L.113-14 du Code des assurances, la notification de résiliation peut notamment être effectuée, par lettre ou tout autre support durable tel que défini à l'article L221-1-3 du Code de la consommation, par déclaration faite au siège social du Gestionnaire par délégation de l'Assureur ou par acte extrajudiciaire. La notification de résiliation peut également être adressée par voie électronique via la fonctionnalité « RESILIER MON CONTRAT » disponible sur l'espace assuré de l'Adhérent (<https://monespaceassure.spvie.com>).**

**L'adhésion peut être résiliée par l'Assureur dans les cas suivants :**

- Par l'envoi d'une lettre recommandée avec avis de réception envoyée par le Gestionnaire au Souscripteur au moins deux (2) mois avant la date anniversaire de l'adhésion.
- Conformément à l'article L.113-3 du Code des assurances, en cas de non-paiement des cotisations.
- Conformément à l'article L.113-9 du Code des assurances l'Assureur peut résilier l'adhésion en cas d'omission ou d'inexactitude dans la déclaration de l'Adhérent. La résiliation prend alors effet 10 jours après l'envoi de la lettre de résiliation par lettre recommandée.

## 2.4 Cessation des garanties

Une fois admis au Contrat, l'Adhérent ne peut en être exclu contre son gré tant qu'il fait partie du groupe assuré, sauf en cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte faite de mauvaise foi et à la condition que les cotisations soient réglées.

L'adhésion au Contrat cesse pour chaque Adhérent :

- au 1er janvier de l'année qui suit en cas de résiliation à l'échéance annuelle par le Souscripteur,
- 1 mois après la date de réception de la notification en cas de résiliation infra annuelle, dans les conditions de l'article « Résiliation »,
- à la date de résiliation du Contrat,

- à la date à laquelle il cesse d'être membre de l'Association, cette dernière devant en aviser l'Assureur dans un délai d'un (1) mois,
- s'il bénéficie à titre obligatoire d'un régime complémentaire d'entreprise, de même nature, le dernier jour du mois civil au cours duquel il en a apporté la preuve à l'Assureur,
- à la date à laquelle il cesse de bénéficier de son Régime obligatoire de protection sociale, dans les conditions prévues à l'article « Impayés » si les cotisations le concernant ne sont pas réglées),
- à la date à laquelle il cesse de répondre aux conditions d'adhésion.

Les garanties prennent fin pour chaque Adhérent et ses Ayants droit à la date de la cessation de l'adhésion, telle qu'elle est prévue ci-dessus.

Il est précisé que les garanties cessent en tout état de cause pour les Ayants droit de l'Adhérent inscrits au Contrat :

- au dernier jour du mois au cours duquel la radiation d'un Ayant droit aura été demandée, étant précisé que toute radiation d'un Ayant droit est définitive,
- pour son Conjoint, Partenaire de PACS ou Concubin, s'il bénéficie à titre obligatoire d'un régime complémentaire d'entreprise, de même nature, le dernier jour du mois civil au cours duquel il en a apporté la preuve à l'Assureur,
- à la date de cessation du paiement des cotisations les concernant dans les conditions prévues à l'article « Impayés »,
- à la date de cessation de l'adhésion au Contrat de l'Adhérent. Toutefois, cette disposition n'est pas applicable en cas de décès de l'Adhérent, son Conjoint, Partenaire ou Concubin survivant pouvant demander à acquérir la qualité d'Adhérent au Contrat, sous réserve d'en faire la demande à l'Assureur dans les 2 mois suivant la date du décès de l'Adhérent.

En outre, les garanties cessent :

- pour le Conjoint : à la date du jugement définitif en cas de divorce ou de séparation judiciaire,
- pour le Partenaire lié par un PACS : à la date de rupture du PACS,
- pour le Concubin : à la date à laquelle cesse le Concubinage.
- pour les Enfants à charge : dès qu'ils cessent de remplir les conditions définies à l'article 1.4 du Contrat. Toutefois, les enfants handicapés continuent à être

garantis tant qu'ils bénéficient des allocations légales d'adultes handicapés.

**Tous les soins effectués après les dates susvisées ne pourront donner lieu à aucune prise en charge par le Contrat.**

## **2.5 Nullité de l'adhésion**

Conformément à l'article L.113-8 du Code des assurances en cas de réticence, omission ou fausse déclaration intentionnelle de l'Adhérent, de nature à affecter l'appréciation par l'Assureur du risque apporté, du montant des cotisations dues ou du montant des prestations dues, l'adhésion est annulée de plein droit, alors même que le risque omis ou dénaturé par l'Adhérent a été sans influence sur le sinistre.

L'Adhérent ne peut prétendre à aucun remboursement de cotisation.

## **2.6 Renonciation de l'adhésion**

En cas de vente à distance ou de démarchage à domicile, l'Adhérent dispose d'un délai de renonciation de quatorze jours calendaires révolus pour renoncer au contrat d'assurance conformément à l'article L.112-2-1 du Code des assurances et à l'article L.112-9 du Code des assurances. Ce délai commence à courir à compter du jour où le Certificat d'adhésion a été remis à l'Adhérent. La renonciation à l'adhésion se fait par l'envoi d'un email adressé à : gestion@spvie.com ou d'un courrier à l'adresse suivante :

**SPVIE Assurances  
TSA 91005  
59952 DUNKERQUE CEDEX 1**

Pour exercer le droit de renonciation, l'Adhérent peut utiliser le modèle de lettre ci-après :

*« Je soussigné(e) ..... (Civilité, prénom, nom) résidant au ..... (Adresse complète) déclare renoncer à mon adhésion réalisée le XX/XX/XXXX portant la référence n° ..... au contrat NOVA souscrit par l'Association Basel Medical Insurance, en application des dispositions de l'article L.112-2-1 du Code des assurances (vente à distance) / L.112-9 du Code des assurances (démarchage à domicile). La résiliation prendra effet à la date de réception de la présente lettre.  
Fait à ....., le XX/XX/XXXX,  
Signature »*

## **2.7 Obligations de l'Adhérent**

### **2.7.1 Déclarations**

L'Adhérent s'engage à répondre exactement aux questions de l'Assureur ou du Gestionnaire.

Conformément à l'article L.113-9 du Code des assurances, la réticence, omission ou fausse déclaration non intentionnelle de l'Adhérent, n'entraîne pas la nullité de l'adhésion.

Si elle est constatée avant tout sinistre, l'Assureur a le droit soit de maintenir le contrat, moyennant une augmentation de prime acceptée par l'assuré, soit de résilier le contrat dix jours après notification adressée à l'assuré par lettre recommandée, en restituant la portion de la prime payée pour le temps où l'assurance ne court plus.

Dans le cas où la constatation n'a lieu qu'après un sinistre, l'indemnité est réduite en proportion du taux des primes payées par rapport au taux des primes qui auraient été dues, si les risques avaient été complètement et exactement déclarés.

L'Adhérent s'engage également à déclarer au Gestionnaire dans un délai de trois mois tout changement de situation personnelle et professionnelle notamment : mariage, jugement définitif de divorce, rupture de PACS ou de concubinage, décès, naissance, retraite, cessation d'activité, perte d'emploi, changement de régime de sécurité sociale, changement de coordonnées bancaires ou postales.

### **2.7.2 Paiement des cotisations**

L'Adhérent s'engage à régler au Gestionnaire les cotisations dues selon la périodicité et les modalités fixées au Chapitre 4.

A défaut du paiement des cotisations l'Assureur peut résilier le contrat selon les modalités énoncées au Chapitre 4.

### **2.7.3 Cumul d'assurance**

L'Adhérent s'engage à déclarer à l'adhésion s'il dispose déjà d'une couverture de remboursement des frais de santé auprès d'un autre assureur conformément à l'article L.121-4 du Code des assurances.

### **2.7.4 Utilisation de la carte de tiers payant**

L'Adhérent s'engage, en cas de résiliation ou de perte de la qualité d'Assuré d'un de ses ayants droit à ne plus utiliser la(les) carte(s) de tiers-payant qui lui ont été délivrées.

Il s'engage à la(les) restituer au Gestionnaire et le cas



échéant à rembourser spontanément à l'Assureur les sommes indûment perçues.

L'utilisation de la(les)carte(s) de tiers-payant après une résiliation est frauduleuse. Toute prestation indûment versée entraînera la réclamation de son remboursement et la réparation des préjudices subis, par tous moyens légaux à disposition de l'Assureur.

L'Assureur se réserve également le droit d'engager des poursuites pénales contre tout contrevenant.

## 2.8 Modification du Contrat

Les modifications convenues entre le Souscripteur et l'Assureur pourront prendre effet en cours d'exercice, à effet du 1er jour d'un mois civil et donner lieu à l'émission par l'Assureur d'un avenant au Contrat.

L'Assureur remet de nouvelles Conditions Générales valant Notice d'Information au Souscripteur au moins trois mois avant la prise d'effet des garanties. Les Adhérents disposent d'un délai d'un mois pour refuser les modifications.

Lorsque des modifications sont apportées aux droits et obligations des Adhérents, le Souscripteur est également tenu d'informer chaque Adhérent en lui remettant de nouvelles Conditions Générales valant Notice d'Information ou un avenant à la précédente établie à cet effet par l'Assureur.

La preuve de la remise des Conditions Générales valant Notice d'Information à l'Adhérent et de l'information relative aux modifications contractuelles incombe au souscripteur.

Conformément aux dispositions de l'article L141-4 du Code des assurances, l'Adhérent peut, en raison des modifications effectuées, dénoncer son adhésion et celle de ses Ayants droit dans un délai d'un mois à compter de la remise des Conditions Générales valant Notice d'Information.

# III - Garanties et Prestations

## 3.1 Formules

Le Contrat présente 5 formules de garanties (formule A, formule B, formule C, formule D et formule E), toutes non responsables.

L'Adhérent ne peut choisir qu'une seule formule de garanties.

Les ayants droit affiliés bénéficient de la même formule

de garanties que l'Adhérent.

## 3.2 Description des garanties

Les garanties du présent Contrat ont pour objet le remboursement de tout ou partie des frais supportés par l'Assuré suite à une Maladie, un Accident ou une Maternité à compter de son affiliation au Contrat.

**Les garanties du présent sont exprimées en pourcentage de la Base de Remboursement de la Sécurité sociale (BRSS) ou en forfait en euros.**

**Les pourcentages intègrent les remboursements du régime d'assurance obligatoire d'assurance maladie. Le remboursement couvre la différence entre le taux de remboursement par la Sécurité sociale et le taux affiché dans le tableau des garanties.**

**Les forfaits exprimés en euros s'entendent par assuré. Lorsqu'ils sont définis par an, ils correspondent à une période de 12 mois de couverture. Ces forfaits ne sont pas reportables d'une année sur l'autre.**

**Les remboursements sont réalisés sous déduction des prestations en nature de l'Assurance Maladie Obligatoire.**

Les garanties sont accordées dans les conditions et limites du niveau de garantie choisi lors de l'adhésion par l'Adhérent et notamment de la formule choisie.

Les garanties assurées et les niveaux des remboursements associés sont indiqués dans le tableau de garanties figurant au Certificat d'adhésion.

Ce dernier indique les conditions, modalités, montants et plafonds de prise en charge des frais.

**Dans tous les cas, les remboursements sont limités aux frais réels engagés et conditionnés par la mention de la garantie au Certificat d'adhésion de l'Adhérent.**

Le bénéfice des prestations est soumis à un délai de carence de 3 mois à compter de la date d'adhésion.

Les garanties exprimées en pourcentage de la Base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS) sont limitées à 100% du BRSS durant les 3 premiers mois suivant la date d'adhésion.

Les garanties exprimées en euros n'offrent aucune prise en charge durant les 3 premiers mois suivant la date d'adhésion.

### 3.2.1 Les Garanties "hospitalisation médicale - chirurgicale - maternité - hospitalisation à domicile"

Les garanties hospitalisation médicale – chirurgicale – maternité – hospitalisation à domicile permettent la prise en charge des frais durant l'hospitalisation dans la limite du montant prévu au tableau de garanties.

- **Honoraires médecins adhérents/non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO** : Sont pris en charge dans la limite prévue au tableau de garanties, les frais de consultation effectuée avec un médecin adhérent à un dispositif DPTAM et non adhérent à un dispositif DPTAM.
- **Frais de séjour Conventionné/ Non conventionné** : Sont pris en charge les frais réels engagés par l'Assuré pour un séjour dans un établissement de soins conventionné et dans la limite prévue au tableau des garanties pour les frais de séjour non conventionnés.
- **Chambre particulière** : Sont pris en charge, selon le forfait journalier prévu au tableau de garanties, dans le cadre d'une hospitalisation (y compris en ambulatoire) la chambre particulière :
  - pour les séjours en médecine, chirurgie, hospitalisation à domicile et maternité, dans la limite de 90 jours par an.
  - pour les séjours en soins de suite et réadaptation, rééducation et assimilés, autres établissements de repos dans la limite de 30 jours par an.
- **Frais d'accompagnant (lit, frais de repas), et frais annexes (télévision, téléphone et internet)** : La garantie prévoit le versement d'un forfait exprimé par jour et en euros en cas d'hospitalisation de l'Assuré pour couvrir les frais d'accompagnant et les frais annexes dans la limite prévue au tableau de garanties. L'accompagnant désigne les ascendants, descendants ou collatéraux.
- **Forfait journalier hospitalier** : Il est pris en charge sans limitation de durée aux frais réels, et dans la limite prévue au tableau de garantie sans limitation de durée pour le secteur non conventionné.
- **Frais de transport hospitalisation** : Sont pris en charge dans la limite prévue au tableau des garanties les frais de transport pris en charge par la Sécurité sociale relatifs à une hospitalisation.
- **Forfait patient urgences et actes lourds** : Sont pris en charge aux frais réels les passages aux urgences non suivi d'une hospitalisation ainsi que la participation

forfaitaire applicable aux actes lourds tels que définis par la Sécurité sociale.

### 3.2.2 Les Garanties "Soins courants"

- **Honoraires médecins généralistes adhérents/non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO** : Sont pris en charge dans la limite prévue au tableau de garanties les frais engagés par l'Assuré dans le cadre de consultations et de visites auprès de médecins généralistes adhérents ou non adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée. (DPTAM).
- **Honoraires médecins spécialistes adhérents/non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO** : Sont pris en charge dans la limite prévue au tableau de garanties les frais engagés par l'Assuré dans le cadre de consultations et de visites auprès de médecins spécialistes adhérents ou non adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée. (DPTAM)
- **Actes techniques dispensés par le médecin adhérents/non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO** : Sont pris en charge dans la limite prévue au tableau de garanties les frais engagés par l'Assuré dans le cadre de la dispense d'actes techniques par un médecin adhérent ou non adhérent à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée. (DPTAM).
- **Actes d'imagerie médicale médecin adhérents/non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO** : Sont pris en charge dans la limite prévue au tableau de garanties les frais engagés par l'Assuré dans le cadre de la dispense d'actes de radiologie et d'échographie par un médecin adhérent ou non adhérent à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée. (DPTAM).
- **Analyses médicales** : Sont pris en charge dans la limite prévue au tableau de garanties les frais engagés par l'Assuré dans le cadre d'analyses et examens de laboratoire.
- **Auxiliaires médicaux** : Sont pris en charge dans la limite prévue au tableau de garanties les frais engagés par l'Assuré faisant appel à des auxiliaires médicaux.
- **Matériel médical** : Sont pris en charge dans la limite prévue au tableau de garanties les frais engagés par l'Assuré pour acheter du matériel médical figurant sur la Liste des Produits et Prestations Remboursables prévue à l'article L.165-1 du Code de la Sécurité sociale.
- **Médicaments pris en charge par la Sécurité sociale** : Sont pris en charge dans la limite prévue au tableau de garanties les frais engagés par l'Assuré dans le cadre de l'achat de Médicaments pris en charge par l'assurance maladie.

### 3.2.3 Les garanties "Dentaire"

- **Soins dentaires remboursés par la Sécurité sociale hors cadre du 100% Santé** : Sont pris en charge dans la limite prévue au tableau de garanties les soins dentaires remboursés par la Sécurité sociale qui comprennent les soins dits "conservateurs", les soins chirurgicaux et les frais d'honoraires pour la consultation d'un chirurgien-dentiste.
- **Inlays et Onlays remboursés par la Sécurité sociale hors cadre du 100% Santé** : Sont pris en charge dans la limite prévue au tableau de garanties les inlays et onlays remboursés par la Sécurité sociale.
- **Equipements remboursés par la Sécurité sociale hors cadre du 100% Santé** : Les prothèses dentaires des paniers aux tarifs maîtrisés ou libres : Sont pris en charge au titre de cette garantie les frais de prothèses dentaires (dont les appareils dentaires) qui ont fait l'objet d'un remboursement partiel de la Sécurité sociale
- **Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale** : Est prise en charge dans la limite prévue au tableau de garanties l'orthodontie remboursée par la Sécurité sociale.

### 3.2.4 Les Garanties "Optique"

- **Équipements à tarifs libres classe B hors cadre du 100% santé** :

Sont pris en charge dans la limite prévue au tableau de garanties les frais engagés par l'Assuré pour les équipements à tarifs libres classe B pour les formules A à B.

Un plafond de remboursement s'applique pour les montures pour les formules C à E.

Les remboursements sont différenciés en fonction de la correction des verres : équipement avec 2 verres simples, équipement avec 1 verre simple et 1 verre complexe ou très complexe, équipement avec 2 verres complexes, équipement avec 2 verres très complexes ou équipement avec 1 verre complexe et 1 verre très complexe.

- **Lentilles remboursées ou non par la Sécurité sociale** :

Sont pris en charge dans la limite prévue au tableau de garanties les frais engagés par l'Assuré sur l'achat des lentilles remboursées ou non par la Sécurité sociale pour les formules A à B.

Sont pris en charge selon un forfait annuel prévu au tableau de garanties pour les lentilles remboursées ou non par la Sécurité sociale sur les formules C à E.

### 3.2.5 Les Garanties "Aides auditives"

- **Equipements libres (Classe 2) hors cadre du 100% santé** : Sont prises en charge dans la limite prévue au tableau de garanties les frais engagés par l'Assuré pour s'équiper avec un appareil de Classe 2.

### 3.2.6 Les Garanties "Prévention"

- **Honoraires de cures thermales** : Sont pris en charge dans la limite de la participation prévue au tableau des garanties les frais engagés par l'Assuré pour les soins réalisés pendant la cure remboursés par la Sécurité sociale.
- **Forfait de cures thermales** : Sont pris en charge selon un forfait annuel en euro (autres que les honoraires) tels qu'indiqués dans le tableau des garanties, les frais engagés par l'Assuré dans le cadre d'une cure thermique.
- **Médecine douce** : Sont pris en charge selon le forfait annuel en euros prévu au tableau de garanties les frais engagés par l'Assuré dans le cadre de consultation de médecine douce (telle qu'indiquée dans le tableau des garanties) non pris en charge par l'assurance maladie.
- **Vaccins remboursés par la Sécurité sociale** : Sont pris en charge dans la limite prévue au tableau de garanties les frais de vaccin remboursés par la Sécurité sociale engagés par l'Assuré.

## 3.3 Exclusions

**Sont exclus des garanties et ne donnent pas lieu à prestations sauf mentions contraires au Certificat d'adhésion :**

- **Actes non pris en charge par le Régime obligatoire d'assurance maladie**

**Sont exclus des remboursements accordés par l'Assureur les actes non pris en charge par les régimes obligatoires, à l'exception toutefois :**

- **des actes mentionnés dans le Tableau des garanties (ex : médecine douce)**

**Ne donnent pas lieu à Garantie et n'entraînent aucun paiement à la charge de l'Assureur, les sinistres non pris en charge par le Régime obligatoire, résultant notamment de cures, traitement et opérations de rajeunissement et de chirurgie esthétique, thalassothérapie et tous soins non pris en charge par le Régime obligatoire d'assurance maladie.**

- **Ne donnent pas lieu à remboursement par l'Assureur, les actes hors Nomenclature.**



Le fait que l'Assureur ait payé des prestations correspondant à la réalisation d'un risque exclu, même à plusieurs reprises, ne saurait impliquer de sa part, une renonciation tacite au droit de se prévaloir de ces exclusions.

L'ensemble des soins réalisés antérieurement à la date d'adhésion ou à la date d'entrée en vigueur de la garantie ne donnent pas droit à la prise en charge de la part de l'Assureur.

#### **- Séjours en milieu hospitalier**

**Ne donnent pas lieu à remboursement par l'Assureur, les séjours en maison de retraite, en établissements médico-sociaux comme les maisons d'accueil spécialisées (MAS) ou les établissements d'hébergement pour personnes dépendantes (EHPAD).**

#### **- Cas particulier des produits achetés via internet et des produits non remboursés par le Régime obligatoire d'assurance maladie achetés à l'étranger**

**Ne sont pas pris en charge par l'Assureur :**

- **les produits non remboursés par le Régime obligatoire d'assurance maladie français et achetés à l'étranger;**
- **les produits achetés via Internet ne sont pas pris en charge sauf :**
  - **les médicaments achetés via le site Internet d'une pharmacie d'officine référencée par l'Ordre National des Pharmaciens sur son site;**
  - **les produits optiques relevant du monopole de vente des opticiens-lunetiers achetés via un site Internet français dirigé ou géré par une personne remplissant les conditions requises pour l'exercice de cette profession.**

### **3.4 Règlement des prestations**

#### **3.4.1 Demandes de remboursement et versement des prestations**

Les demandes de remboursement doivent, en application des dispositions de l'article « prescription », être présentées au Gestionnaire dans un délai maximum de deux ans suivant les soins ou la date de la facture d'Hospitalisation.

Les prestations dues par l'Assureur au titre du Contrat sont payables en France et en euros. Elles seront versées suivant la date de réception par le Gestionnaire des pièces

justificatives nécessaires à leur règlement.

**Les prestations versées en application du Contrat à l'Assuré ne peuvent excéder le montant des frais réels mis à la charge de ce dernier après les remboursements de toute nature qu'il aurait perçus de l'Assurance Maladie Obligatoire, ou de tout autre contrat auxquels il a droit.**

#### **3.4.2 Pièces justificatives**

Sauf dans le cas de télétransmission par le Régime Obligatoire de protection sociale dont relève l'Adhérent, du décompte de ses prestations, le remboursement via le Gestionnaire intervient sur présentation :

- des bordereaux du Régime obligatoire de protection sociale,
- d'une pièce justificative du montant des frais réels lorsqu'ils ne sont pas indiqués sur le bordereau délivré par ce régime ou lorsque celui-ci n'intervient pas.

Il est notamment précisé que pour les actes ou frais refusés ou non pris en charge par le Régime obligatoire de protection sociale mais garantis au titre du Contrat, le remboursement de l'Assureur est subordonné à la présentation au Gestionnaire de factures détaillées et de pièces justificatives complémentaires, dont les prescriptions médicales le cas échéant.

Toutefois, pour les actes et traitements dentaires à honoraires libres ou ceux non pris en charge par le Régime obligatoire de protection sociale, le remboursement de l'Assureur est en tout état de cause subordonné à la fourniture :

- d'un Devis préalable au traitement,
- et de la note d'honoraires détaillée suite au traitement.

En ce qui concerne le remboursement des actes ou frais indiqués ci-dessous non pris en charge par le Régime obligatoire de protection sociale, et pris en charge par l'Assureur :

- Ostéopathe, chiropraticienne, homéopathe, acupuncteur, podologue hors pédicure, psychologues /psychothérapeutes, psychomotricien, diététicien.

L'intervention de l'Assureur est subordonnée à la fourniture d'une facture acquittée établie sur papier à en-tête, indiquant les coordonnées du praticien consulté ou qui a effectué les actes [nom, prénom, lieu d'exercice, adresse professionnelle], son numéro d'enregistrement au répertoire ADELI, permettant ainsi de vérifier sa qualité ainsi que les nom et prénom de la personne soignée et

la date de réalisation des soins.

### 3.4.3 Contrôle médical

L'Assureur se réserve la possibilité de demander toutes autres justificatifs qui lui paraîtraient nécessaires, tout justificatif à caractère médical devant être adressé au médecin conseil ou au professionnel de santé consultant de l'Assureur sous pli confidentiel.

L'Assureur se réserve également la possibilité d'effectuer des contrôles, voire des expertises médicales, effectués par un professionnel de santé indépendant choisi par l'Assureur dont les honoraires sont à sa charge pour les frais dentaires, d'optique, d'Hospitalisation et aides auditives.

Lors de ces contrôles ou expertises, la Personne assurée pourra se faire assister, à ses frais, du professionnel de santé de son choix ou opposer les conclusions de son propre praticien.

Si une Personne assurée refuse de transmettre les justificatifs réclamés ou de se soumettre à l'expertise médicale demandée par l'Assureur, celui-ci pourra refuser la mise en jeu de la garantie et le remboursement des frais considérés.

En cas de contestation des conclusions de l'expertise, la Personne assurée devra adresser au médecin conseil de l'assureur, dans les trente (30) jours suivant la notification, sous enveloppe confidentielle, une lettre recommandée avec avis de réception mentionnant l'objet de la contestation et joindre les éléments médicaux argumentés.

**Si le désaccord persiste, il sera mis en place une expertise d'arbitrage comprenant, outre ces deux médecins, un troisième désigné par leurs soins ou s'ils n'ont pu s'accorder, par le président du tribunal judiciaire de la résidence de la Personne assurée, sur requête de la partie la plus diligente. Chaque partie supporte les honoraires de son médecin, ceux du troisième ainsi que les frais de sa désignation sont supportées à parts égales par les deux parties.**

**En cas de récupération de la part du Régime obligatoire de protection sociale, à la suite d'un contrôle de praticien effectué après un remboursement, l'Assureur se réserve le droit de récupérer toutes prestations indûment réglées à l'Adhérent ou Ayant droit, au titre du Contrat.**

## 3.5 Subrogation

En application de l'article L.131-2 du Code des assurances, l'Assureur peut être subrogé dans les droits et actions de l'Assuré contre le tiers responsable pour le remboursement des prestations à caractère indemnitaire prévues au présent Contrat.

Lorsque l'Adhérent et/ou le cas échéant ses Ayants droit assurés sont atteints d'une affection ou sont victimes d'un Accident susceptible d'être indemnisé par un tiers responsable, l'Assureur dispose d'un recours subrogatoire contre la personne tenue à réparation ou son assureur.

**L'Adhérent et/ou le cas échéant ses Ayants droit assurés atteints de blessures imputables à un tiers doivent impérativement en informer l'Assureur lors de la demande de prestations.**

Lorsque l'Adhérent et/ou le cas échéant ses Ayants droit assurés sont victimes d'un Accident de la circulation (impliquant un véhicule automobile), ils doivent, sous peine de déchéance, déclarer à l'organisme assureur de l'auteur de l'Accident qui le sollicite, le nom de leur assureur complémentaire santé en tant que tiers payeur. Conformément au Code des assurances, le bénéficiaire des prestations donne subrogation à l'Assureur dans ses droits en vue d'engager toute action récursoire à l'encontre de tout tiers responsable.

Dans les cas de refus de garanties prévus ci-dessus, l'Assureur prendra néanmoins en charge les frais et actes considérés à hauteur des montants minimum de prestations prévus par la réglementation applicable au Contrat responsable, compte tenu du montant des dépenses réellement engagées par la Personne assurée.

## IV - Cotisations

### 4.1 Montant des cotisations

Les cotisations sont déterminées en fonction :

- De la formule de garanties choisie
- De l'âge de l'Assuré calculé par différence de millésime
- De la zone géographique de résidence de l'Adhérent
- Des Ayants droit affiliés au Contrat.
- Du régime social de l'Assuré et des Ayants droit

Elles sont fixées en euros, par année, pour chaque Adulte et pour chaque Enfant à charge assuré(s) sur le Contrat.

Une réduction est appliquée sur la cotisation de l'ensemble des Ayants droits si l'Adhérent adhère en même temps avec son Conjoint ou son Conjoint.

#### 4.2 Paiement des cotisations

Les cotisations sont payables mensuellement d'avance par l'Adhérent par prélèvement automatique réalisé par le Gestionnaire du Contrat.

La cotisation cesse d'être due à la date de cessation de l'adhésion.

Toute taxe ou contribution de nature fiscale ou sociale qui deviendrait applicable au contrat et dont la récupération ne serait pas interdite, serait mise à la charge de l'Adhérent et payable en même temps que la cotisation.

L'Adhérent est le seul responsable du paiement des cotisations.

#### 4.3 Impayés

En application de l'article L113-3 du Code des assurances :  
« *Le montant de la cotisation d'assurance dépend des Formules choisies par l'Adhérent au moment de son adhésion. Il est indiqué dans le Certificat d'adhésion.*

*La cotisation d'assurance est payée par l'Adhérent auprès du Distributeur par prélèvement automatique selon les échéances indiquées dans le Certificat d'adhésion.*

*À défaut de règlement d'une cotisation dans les 10 jours qui suivent son échéance, il est adressé à l'Adhérent une mise en demeure de s'acquitter du montant dû. Cette mise en demeure indiquera que, si 30 jours après son envoi, la cotisation due n'est toujours pas payée, la Garantie sera suspendue et 10 jours plus tard, l'adhésion sera résiliée (article L.113-3 du Code des assurances). La suspension de la Garantie pour non-paiement signifie que l'Assureur est dégagé de tout engagement à l'égard de l'Assuré au cas où un Sinistre surviendrait durant cette période de suspension. L'adhésion non résiliée reprend effet le lendemain à midi du jour où la cotisation arriérée, ainsi que les cotisations venues à échéance pendant la période de suspension, auront été payées.*

*La cotisation est susceptible d'évoluer chaque année selon une majoration nécessaire à l'équilibre technique des risques. Cette évolution sera communiquée à l'Adhérent lors de l'envoi de l'échéancier annuel. En cas de refus de cette majoration, l'Adhérent a la faculté de résilier dans les conditions indiquées à l'article 5.3.2.*

*Il est rappelé que le paiement de la cotisation par prélèvement mensuel est une modalité de paiement accordée à l'Adhérent. Cependant, la cotisation est réputée*

*certaine, liquide et exigible vis-à-vis de l'Assureur dès la conclusion de l'adhésion au Contrat.*

#### 4.4 Evolution des cotisations

Le montant des cotisations peut évoluer chaque année à la date anniversaire du contrat afin de tenir notamment compte des résultats techniques du Contrat cadre ainsi que l'évolution de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM).

L'Assureur pourra également faire évoluer le montant des cotisations en cas d'évolution réglementaire ou d'évolution des bases de remboursement de la Sécurité sociale ou de déremboursement de la Sécurité sociale sur certains actes.

À compter du jour où il a connaissance d'une majoration du montant de sa cotisation, l'Adhérent aura la possibilité de résilier son adhésion au Contrat dans un délai de trente (30) jours en adressant au Gestionnaire une lettre ou un courrier électronique. La résiliation prendra effet un (1) mois après la date d'expédition ou de remise de la notification. Toutefois, si ce délai d'un (1) mois expire au cours du 4ème trimestre de l'année en cours, la résiliation deviendra alors effective au 31 décembre de l'exercice civil considéré, à vingt-quatre (24) heures.

## V - Dispositions réglementaires

#### 5.1 Réclamations

Après avoir pris contact avec son interlocuteur habituel, les Assurés peuvent adresser toute réclamation, telle que définie au lexique dans le Chapitre 6, au service Qualité du Gestionnaire :

- Par courrier à l'adresse postale suivante :

**SPVIE Assurances**  
**Service réclamations**  
**26 rue Pagès**  
**92150 SURESNES**

- Par email à l'adresse : [reclamations@spvie.com](mailto:reclamations@spvie.com)

Un accusé réception de la réclamation sera adressé dans un délai de dix (10) jours. Le Gestionnaire disposera d'un délai de deux (2) mois pour répondre à la réclamation à compter de son envoi.

En l'absence de réponse dans le délai susvisé ou si la réponse apportée ne satisfait pas l'Assuré et après épuisement des voies de recours internes auprès

du Gestionnaire et/ou de l'Assureur, il peut saisir gratuitement le médiateur de l'Assureur :

- Par courrier à l'adresse postale suivante :

LA MÉDIATION DE L'ASSURANCE

TSA 50110

75441 Paris Cedex 09

- Directement en ligne via le formulaire disponible sur :  
<https://www.mediation-assurance.org/>

En cas de désaccord persistant, le recours en justice de l'Assuré reste possible auprès des juridictions compétentes.

## 5.2 Prescription

Toute action dérivant du Contrat d'assurance et de l'adhésion est prescrite par 2 ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Les dispositions relatives à la prescription des actions dérivant du contrat d'assurance sont fixées par les articles L114-1 à L114-3 du Code des assurances reproduits ci-après :

**Article L114-1 du Code :** "Toutes actions dérivant du contrat d'assurance sont prescrites par 2 (Deux) ans à compter de l'événement qui lui 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".

**Article L114-2 du Code :** "La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un Sinistre. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par l'Assureur à l'Assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation et par l'Assuré à l'Assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité".

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription, visées aux Articles 2240 à 2246 du Code civil,

sont l'assignation en justice, même en référé, le commandement ou la saisie, de même que la reconnaissance par une partie du droit de l'autre partie.

**Article L.114-3 du Code :** "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".

## 5.3 Lutte contre le blanchiment des capitaux et financement du terrorisme

L'Assureur et son Gestionnaire s'engagent à respecter la réglementation internationale, européenne et nationale en matière de lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme.

L'Assureur et son Gestionnaire par délégation, ne sont pas réputés fournir une garantie et ni tenus de payer des indemnités ou de fournir des prestations ou services en découlant si la fourniture d'une telle couverture, le paiement d'une telle indemnité ou la fourniture de ces prestations ou services exposeraient l'Assureur et son Gestionnaire à une sanction, une interdiction ou une restriction mise en œuvre en application des résolutions des Nations Unies ou des sanctions économiques ou commerciales, ou des lois ou règlements de l'Union européenne, du Royaume-Uni ou des Etats-Unis d'Amérique.

## 5.4 Protection des données personnelles

L'Adhérent est expressément informé que ses données personnelles sont traitées par l'Assureur et le Gestionnaire aux fins d'exécution des garanties souscrites. L'Assureur et le Gestionnaire agissent en qualité de responsables conjoints de traitement au sens du Règlement européen de protection des données personnelles.

A ce titre, l'Assureur et le Gestionnaire sont amenés à traiter des données d'identification, le NIR, des données relatives à la gestion du contrat d'assurance et des données relatives aux Sinistres. Ces données sont traitées aux fins de la passation, la gestion et l'exécution des garanties, l'élaboration des statistiques et études actuarielles, la gestion des réclamations, des Sinistres, du précontentieux, du contentieux et de la défense de ses droits ainsi que la mise en œuvre des obligations de vigilance dans le cadre de la lutte contre le blanchiment d'argent et le financement du terrorisme, les mesures de gel des avoirs, la lutte contre le financement du terrorisme et les sanctions financières, inclus le déclenchement

d'alertes et les déclarations de suspicion et la mise en œuvre des mesures visées à la lutte contre la fraude à l'assurance. Les bases légales fondant les traitements réalisés sont l'exécution du contrat d'assurance, l'intérêt légitime poursuivi par l'Assureur à prévenir une fraude et à la traiter ou le respect d'obligations légales. De manière générale, les données personnelles sont conservées le temps nécessaire à l'accomplissement des objectifs poursuivis. En tout état de cause, les données de l'Adhérent sont conservées pendant toute la durée du contrat d'assurance augmentée d'une durée de 5 ans.

Ces informations sont destinées exclusivement à l'Assureur et au Gestionnaire (et leurs mandataires) pour les besoins de l'exécution des garanties. Elles peuvent également être divulguées à tout organisme public ou privé aux fins de se conformer à des obligations légales. L'Assureur peut également avoir recours à des sous-traitants afin de leur confier tout ou partie des traitements.

Le Gestionnaire s'est vu confier la gestion du Contrat d'assurance et est à ce titre le point de contact privilégié de l'Adhérent pour toute question ou demande.

L'Adhérent dispose d'un droit d'accès, d'opposition, de rectification, de limitation, de portabilité et d'effacement des informations le concernant. L'Adhérent dispose également du droit d'introduire une réclamation auprès de l'autorité de contrôle compétente.

L'Adhérent est invité à exercer ses droits en contactant le Gestionnaire à l'adresse email suivante : [dpo-spvie@spvie.com](mailto:dpo-spvie@spvie.com)

L'Assureur et le Gestionnaire s'engagent à prendre toutes les mesures techniques et organisationnelles appropriées afin d'assurer un bon niveau de protection et de sécurité des données traitées et notamment à respecter les dispositions prévues par le code de bonne conduite

annexé à la convention AERAS concernant la collecte et l'utilisation de données relatives à l'état de santé et s'attache à garantir à la personne concernée le strict respect du secret médical entourant ses données à caractère personnel.

Pour plus d'informations concernant les traitements de données personnelles réalisés par l'Assureur, l'Adhérent est invité à consulter la Politique de confidentialité de l'Assureur disponible sur demande auprès de [dpo@seyna.eu](mailto:dpo@seyna.eu).

Les conversations téléphoniques entre l'Adhérent et le Gestionnaire sont susceptibles d'être enregistrées à des fins de contrôle de la qualité des services rendus ou dans le cadre de la gestion des Sinistres. Les données recueillies pour la gestion de l'adhésion et des Sinistres peuvent être transmises, dans les conditions et modalités prévues par la législation et les autorisations obtenues auprès de la CNIL, aux filiales et sous-traitants du Gestionnaire.

L'Adhérent a la possibilité de s'inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique en se rendant sur le site <http://www.bloctel.gouv.fr>

L'Adhérent pourra adresser ses réclamations touchant à la collecte ou au traitement de ses données à caractère personnel au service du Délégué à la Protection des Données, dont les coordonnées ont été précisées ci-dessus.

En cas de désaccord persistant, l'Adhérent a la possibilité de saisir la CNIL à l'adresse suivante : <https://www.cnil.fr/fr/plaintes> ou par courrier à l'adresse suivante :

Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés  
3 place de Fontenoy – TSA 80715  
75334 PARIS CEDEX 07

# NOTICE D'INFORMATION

## Valant Conditions Générales

SPVIE SANTE NOVA N° J2KGB4



**SEYNA** • SA au capital de 1.115.800,42€ dont le siège social est situé 20 bis rue Louis-Philippe, 92200 Neuilly sur Seine, immatriculée au RCS de Nanterre sous le n°843 974 635, entreprise régie par le code des assurances et soumise au contrôle de l'ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution), 4 Place de Budapest CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09.

**Souscripteur : BMI (Basel Medical Insurance)** • Association régie par la Loi 1901 déclarée en Préfecture des Hauts de Seine, inscrite au Répertoire National des Associations sous le n° W751217424 • Son siège social est situé : 26 rue Pagès, 92150 Suresnes

**SPVIE Assurances** • SAS au capital de 48.868,30 € • 26 rue Pagès, 92150 SURESNES • RCS de Nanterre n° 525 355 251 • Courtier en assurances immatriculé à l'ORIAS sous le n°10 058 151 soumis au contrôle de l'ACPR, 4 Place de Budapest-CS 92459- 75436 PARIS CEDEX 09