

# NOTICE D'INFORMATION

Contrat collectif complémentaire santé à adhésion facultative individuelle

## **SPVIE Santé Malin**

NI Santé - NI\_HEA\_ACHL\_SPVDEFPTF\_202411\_v1

## Table des matières

Lexique	3
Article 1 - Préambule	11
Article 2 - Objet de l'adhésion	13
Article 3 - Conditions d'adhésion	13
Article 4 - Modalités d'adhésion	13
Article 5 - Prise d'effet et durée de l'adhésion	15
Article 6 - Résiliation de l'adhésion	15
Article 7 - Déclarations	17
Article 8 - Conditions des garanties	18
Article 9 - Prise d'effet des garanties	18
Article 10 - Etendue territoriale des garanties	19
Article 11 - Objet, montant et contenu des garanties	19
Article 12 - Préconisations sur l'application du 100% santé	20
Article 13 - Cadre juridique du contrat dit responsable	24
Article 14 - Modifications des garanties	24
Article 15 - Ajout ou sortie des ayants droit	26
Article 16 - Exclusions	27
Article 17 - Adaptation de l'adhésion par suite de modifications du régime de base de la Sécurité sociale	28
Article 18 - Prestations	28
Article 19 - Contrôle, procédure d'expertise et arbitrage	39
Article 20 - Cotisations	41
Article 21 - Subrogation	42
Article 22 - Prescription	43
Article 23 - Examens des réclamations et procédure de	44
Article 24 - Informatique et libertés	45
Article 25 - Autorité de contrôle	49
Article 26 - Opposition au démarchage téléphonique	50
Article 27 - Droit de renonciation	51
Article 28 - Fausse déclaration	53
Article 29 - Déchéance	53
Article 30 - Juridiction compétente	53

## Lexique

Dans le présent contrat, les termes suivants sont utilisés :

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

**Assureur : ACHEEL** • 128 rue La Boétie • 75008 Paris - SIREN 879605350 • Code APE 6512Z • SA à conseil d'administration (s.a.i.) au capital de 46 812,48 euros • Entreprise régie par le Code des assurances et soumise à l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR, 4 Place de Budapest CS 92459, 75436 Paris)

**Souscripteur :** L'Association Basel Medical Insurance (**BMI**) qui a conclu le contrat d'assurance avec l'Assureur. Cette association est régie par la loi du 1er juillet 1901 dont le siège est situé 26 rue Pagès - 92150 SURESNES.

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

**Adhérent ou Assuré principal :** La personne physique, membre de l'association BMI et qui adhère au Contrat, répondant à l'article 3 – « conditions d'adhésion » de la présente Notice. L'Adhérent est désigné au certificat d'adhésion

**Assuré :** L'Adhérent et ses Ayants droit garantie(s) par le contrat et désignée(s) au certificat d'adhésion

**Ayants droit :** Le Conjoint de l'Adhérent, les enfants de l'Adhérent ou de son Conjoint répondant aux conditions fixées par l'Article 4 – « Modalités d'adhésion » et désignés au Bulletin d'adhésion

**Base de remboursement (BR) :** Obligatoire 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 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.

**Calcul de l'âge :** L'âge est calculé par différence de millésime entre l'année de naissance et selon le cas, celle de l'adhésion ou de l'année à laquelle se rapportent les cotisations.

**Certificat d'adhésion** : Document émis par votre Service 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 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).

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

**Conjoint** : Personne âgée de 18 à 85 ans inclus,

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

**Dispositifs de pratiques tarifaires maîtrisées** : Il s'agit d'un contrat signé entre l'Assurance Maladie et des médecins conventionnés de secteur 2 ayant pour objet la maîtrise de leurs dépassements d'honoraires. Ce dispositif prend la forme de deux Options de Pratiques Tarifaires Maîtrisées (OPTAM ou OPTAM-CO spécialité chirurgicale ou de gynécologie-obstétrique). Les professionnels de santé ayant adhéré à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO sont consultables sur [ameli-direct.fr](http://ameli-direct.fr).

**Déchéance** : 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.

**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.

**Enfants à charge :** Sont considérés comme Enfants à charge : ceux de l'Adhérent, de son Conjoint tels que définis précédemment, qui remplissent les conditions cumulatives suivantes:

- être âgés de moins de 18 ans ;
- bénéficiant d'un régime de Sécurité sociale (du fait de l'affiliation de l'assuré, de celle de son conjoint ou d'une affiliation personnelle) ;
- être à charge de l'Adhérent ou de son Conjoint,

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

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

La limite d'âge est supprimée pour les Enfants à charge qui bénéficient d'une allocation prévue par la législation sociale en faveur des handicapés ou qui sont titulaires de la carte d'invalidité ou de la carte mobilité inclusion portant la mention « invalidité » prévue par l'article L 241-3 du Code de l'action sociale et des familles, sous réserve que l'invalidité ait été reconnue avant leur 21ème anniversaire ou leur 26ème anniversaire s'ils poursuivaient des études.

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

**Frais réels :** Dépenses réellement payées par les Bénéficiaires de la Garantie pour leurs dépenses de santé.

**Franchise médicale (Article L.160-13 du code de la Sécurité sociale) :** La franchise est la somme déduite des remboursements effectués par le régime Obligatoire sur les médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires à l'exception des transports d'urgence.

Son montant est de :

- 0,50 € par boîte de médicaments ;
- 0,50 € par acte paramédical ;
- 2€ par transport sanitaire ;

La franchise est plafonnée à 50 euros par an pour l'ensemble des actes et /ou prestations concernés.

**La franchise n'est pas remboursée par l'Assureur dans le cadre d'un contrat de complémentaire santé « responsable »**

**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 ».

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

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

**NOEMIE** : NOEMIE est le nom donné à la norme d'échange entre l'Assurance Maladie Obligatoire et l'Assureur. C'est par ce moyen que l'Assurance Maladie Obligatoire transmet aux organismes complémentaires les informations nécessaires au remboursement d'un Adhérent.

**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).

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

**Parcours de soins coordonnés** : Passage par le médecin traitant choisi par l'assuré avant d'être orienté vers un autre médecin, sauf en cas d'urgence, d'éloignement du domicile ou lorsqu'un accès direct à un spécialiste est autorisé (ophtalmologue, gynécologue et stomatologue ainsi que, pour les patients âgés de 16 ans à 25 ans, pour les consultations chez le psychiatre ou neuropsychiatre). Le parcours de soins concerne tous les Assurés de l'Assurance Maladie Obligatoire et leurs ayants droit de moins de 16 ans. 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. La majoration de la participation de l'assuré considéré hors parcours de soins ne peut pas être remboursée par les contrats de complémentaire santé « responsables »

**Participation forfaitaire actes lourds** : Il s'agit d'un Ticket modérateur forfaitaire ou fixe, à la charge de l'Assuré et appliqué sur certains actes coûteux pratiqués en ville ou en établissement de santé, en remplacement du Ticket modérateur habituel. Certains actes sont exonérés de toute participation de l'Assuré et, à ce titre, ne sont pas concernés par cette Participation forfaitaire actes lourds (radiodiagnostic, IRM, frais de transport d'urgence, actes pris en charge à 100 % du fait d'une ALD...). Ce forfait est systématiquement pris en charge par l'Assureur dans le cadre du contrat de complémentaire santé « responsable »

**Participation forfaitaire d'un euro** : Participation forfaitaire d'un 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 d'Imagerie médicale. Cette participation est due par tous les Assurés sociaux à l'exception :

- des enfants de moins de 18 ans,
- des femmes enceintes à partir du 6ème mois de grossesse et jusqu'au 12ème jour suivant la date de l'accouchement,
- des bénéficiaires de la Complémentaire santé solidaire (CSS) ou de l'Aide médicale de l'État (AME).

Le nombre de participations forfaitaires est plafonné à 4 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.

La participation forfaitaire d'1€ n'est pas remboursée par le contrat de complémentaire santé « responsable »

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

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

**Prestation ;** Montant remboursé au Bénéficiaire par l'Assureur en application des Garanties souscrites et dans les conditions prévues dans la présente Notice d'information

**Prix limite de vente (PLV) ;** Le Prix Limite de Vente d'un dispositif médical correspond au prix maximum de vente à l'assuré social. À défaut de fixation d'un prix limite de vente, le prix est libre. Les professionnels de santé ont l'obligation de respecter les Prix Limite de Vente tels que définis par le Code de la Sécurité sociale

**Réclamation ;** acte par lequel l'Adhérent ou un ayant droit le cas échéant manifeste son mécontentement. N'est pas une Réclamation une demande de service ou de Prestation, une demande d'information, de clarification ou une demande d'avis

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

**Résiliation ;** C'est la cessation des effets de l'adhésion.

**Reste à charge ;** C'est la part des dépenses de santé ou des frais qui reste à la charge de l'Assuré après le remboursement du Régime Obligatoire et de sa complémentaire santé. Après intervention du Régime Obligatoire, le Reste à charge est constitué :

- du Ticket modérateur (sur les soins et prestations remboursés par le Régime Obligatoire) ;
- de l'éventuelle Franchise médicale ou Participation forfaitaire ;
- des éventuels Dépassements d'honoraires ou tarifaires ;
- de l'éventuel Forfait journalier hospitalier ; des frais liés aux soins et prestations non pris en charge par le Régime Obligatoire.

Le Contrat de complémentaire santé couvre tout ou partie du Reste en charge, selon les Garanties souscrites et dans les conditions prévues dans la Présente Notice d'information.



**Secteur conventionné** : 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 leur facturation prévues par celle-ci

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.

**Secteur non conventionné** : 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.

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

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

**Ticket Modérateur (TM)** : Obligatoire. Différence entre les tarifs de base (TC, TA, BR, TR) pris en compte par le Régime Obligatoire et le remboursement effectué par ce dernier

**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.



**Tiers payant** : Ce système de paiement évite aux Bénéficiaires de faire l'avance des frais auprès des prestataires de soins. Ces derniers sont payés directement par le Régime Obligatoire et/ou l'Assureur pour les soins ou produits.

Un pharmacien peut ne pas pratiquer le Tiers payant en cas de refus de l'usage de médicaments génériques. L'Assureur propose également un service de Tiers payant pour la part qu'il rembourse. C'est aux professionnels de santé de décider s'ils proposent ou non le service du Tiers payant pour la part complémentaire. Dans le cas où le professionnel de santé consulté ne souhaite pas proposer ce service, le Bénéficiaire ne peut pas en bénéficier.

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

## DÉFINITIONS SPÉCIFIQUES À LA GARANTIE CYBER

**Équipements personnels** : tous les équipements (ordinateurs, ordinateurs portables, tablettes, téléphones portables, etc.) utilisés dans le but de créer, traiter, protéger, contrôler, stocker, extraire, afficher, transmettre et accéder à des données.

**Événement assuré** : tout incident de cybersécurité affectant vos équipements personnels entraînant un remplacement nécessaire de ces derniers, tout préjudice financier consécutif à une vente en ligne ou du shopping en ligne (détournement de fonds).

**Expert** : toute personne physique ou morale désignée par nos soins ou avec notre accord préalable et/ou avec l'accord préalable du prestataire de services de gestion d'incident/ de crise (informaticien, juriste ou consultant en relations publiques par exemple).

**Objet connecté** : On entend par équipement connecté, un objet qui est capable de communiquer avec un réseau informatique (internet le plus souvent) par wifi, Bluetooth ou une puce électronique de télécommunication.

**Objet de santé connecté** : tous les équipements connectés ayant un lien reconnu avec la santé (cardiofréquencemètre, montre connectée ...).

**Porte-monnaie électronique** ; tout compte en ligne sur lequel vous déposez ou gagnez des sommes d'argent libellées dans une monnaie spécifique pouvant être dépensée dans un magasin (en ligne).

## DÉFINITION SPÉCIFIQUE À LA GARANTIE DÉPENDANCE

**Acte de prévention** : prise en charge de l'ensemble des actes de prévention prévus dans le cahier des charges du contrat responsable et notamment l'article R. 871-2 du Code de la sécurité sociale.

**Assistance d'une tierce personne** : Par Assistance d'une tierce personne, on entend l'aide formelle ou informelle d'un membre du personnel paramédical, d'un parent ou d'un ami pour effectuer les Actes élémentaires de la vie quotidienne. Cette aide peut être dispensée dans un établissement public, privé ou à domicile et ne comprend pas les simples interventions de type aide-ménagère comme les courses ou le ménage.

**Dépendance totale** : invalidité physique ou intellectuelle par suite de maladie ou d'accident, survenu postérieurement à la date d'effet des garanties, rendant l'Adhérent définitivement incapable d'exercer une activité quelconque procurant gain ou profit et nécessitant l'assistance permanente d'une tierce personne pour accomplir au moins 3 des 5 actes essentiels de la vie quotidienne de façon totale (se coucher et se lever, s'habiller et se déshabiller, boire et manger, se laver et aller aux toilettes, se déplacer).

## Article 1 - Préambule

Le contrat d'assurance frais de santé SPVIE Santé Malin NI\_HEA\_ACHL\_SPVDEFPTF\_202201\_V1 est un contrat collectif d'assurance à adhésion facultative individuelle, régi par les articles L 141-1 et suivants du Code des assurances et la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989. Ce contrat est dénommé ci-après le contrat groupe.

Il se compose des documents suivants :

La présente Notice d'information à laquelle est adjointe celle relative à la garantie "ASSISTANCE SANTÉ" ainsi que l'IPID, qui définissent les garanties, les engagements réciproques ainsi que les dispositions relatives à la vie du Contrat,

Le Bulletin d'Adhésion, qui recense les éléments personnels de l'Adhérent, ses déclarations et les garanties qu'il souhaite souscrire,

Le tableau des garanties, qui détaille l'ensemble des postes de remboursement et leurs montants, Le certificat d'adhésion dont l'émission manifeste l'acceptation du risque par l'assureur et confère à l'adhérent, la qualité d'assuré.

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

Le Contrat **SPVIE Santé Malin**, contrat collectif d'assurance à adhésion facultative individuelle fait intervenir les acteurs suivants :

Assureur du contrat : **ACHEEL**

128 rue La Boétie • 75008 Paris - SIREN 879605350 • Code APE 6512Z • SA à conseil d'administration (s.a.i.) au capital de 46 812,48 euros • Entreprise régie par le Code des assurances et soumise à l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR, 4 Place de Budapest CS 92459, 75436 Paris)

Souscripteur du contrat : **BMI – Basel Médical Insurance** Association loi 1901, numéro W751217424  
Siège social : 26 rue Pagès – 92150 Suresnes –

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.

Distributeur du contrat et délégataire de gestion : **SPVIE Assurances**

SAS de courtage d'assurances au capital de 48 868,30 euros Siège social : 26 rue Pagès, 92150 SURESNES

RCS Nanterre 525 355 251

Immatriculation au registre des intermédiaires d'assurances de l'ORIAS sous le n°10 058 151

## Gestion des affiliations et recouvrement des cotisations

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

## EFFET, DURÉE ET MODIFICATION DU CONTRAT

Le contrat **SPVIE Santé Malin** souscrit entre l'Association et l'Assureur prend effet le 24/02/2022 et se renouvelle par tacite reconduction le 1er 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. L'Adhérent pourra alors résilier son adhésion en raison de ces modifications sans préavis dans un délai de 30 jours suivant la modification.

Le paiement de la nouvelle cotisation vaudra acceptation des nouvelles conditions ; le non-paiement entraîne la résiliation de l'adhésion conformément à l'article 20 Cotisations - 5. Défaut de paiement de la présente Notice d'information.

Le produit SPVIE Santé Malin a été négocié par SPVIE Assurances, qui en accord avec l'Assureur et l'Association, le commercialise à titre exclusif via son propre réseau commercial.

## Article 2 - Objet de l'adhésion

L'adhésion au contrat a pour objet le versement de prestations complémentaires à celles du Régime Obligatoire pour les frais de santé engagés par les assurés et/ou le(s) ayant(s) droit désigné(s) à l'occasion d'un accident, d'une maladie ou d'une maternité ainsi que le remboursement des sinistres liés au risque cyber.

## Article 3 - Conditions d'adhésion

L'admission à la présente assurance en qualité d'Adhérent est réservée aux personnes physiques respectant les conditions cumulatives suivantes :

- Être adhérentes à l'Association BMI
- Relever du Régime Obligatoire français,
- Résider en France métropolitaine ou DROM
- Être âgé à la date de la signature de la demande d'adhésion entre 18 ans et 85 ans inclus

## Article 4 - Modalités d'adhésion

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

Il devra désigner ses éventuels ayants droit, parmi :

Son conjoint,

- Agé de 18 à 85 ans inclus,
- Déclaré(e) en concubinage avec l'assuré principal au sens de l'article 515-8 du Code civil
- Déclaré(e) pacsé avec l'assuré principal au sens de l'article 515-1 du Code civil
- Déclaré(e) marié avec l'assuré principal non divorcé(e) et non séparé(e) de corps (séparation judiciaire ou amiable, dès lors qu'elle est transcrite à l'état civil)

Les enfants,

- Enfant âgé de moins de 18 ans déclaré à la charge de l'assuré principal ou de son conjoint
- Enfant âgé de moins de 26 ans déclaré à la charge de l'assuré principal ou de son conjoint qui remplit l'une des conditions suivantes :
  - s'il poursuit ses études et ne dispose pas de ressources propres provenant d'une activité salariée, sauf emplois occasionnels ou saisonniers durant les études ou emplois rémunérés mensuellement correspondant à moins de 65 % du SMIC ;
  - s'il suit une formation en alternance ou se trouvent sous contrat d'apprentissage;
  - s'il est inscrit à Pôle emploi comme primo demandeurs d'emploi ou effectue un stage préalablement à l'exercice d'un premier emploi rémunéré.
- Enfant mineur ou majeur handicapé déclaré à la charge de l'assuré principal ou de son conjoint qui bénéficie d'une allocation prévue par la législation sociale en faveur des handicapés ou qui est titulaire de la carte d'invalidité ou de la carte mobilité inclusion portant la mention « invalidité » prévue par l'article L 241-3 du Code de l'action sociale et des familles, sous réserve que l'invalidité ait été reconnue avant son 21ème anniversaire ou son 26ème anniversaire s'ils poursuivent des études

Le demandeur devra également indiquer ses souhaits de niveau de garanties afin d'être orienté vers la formule qui lui soit la plus appropriée.

L'offre choisie, identique pour ses ayants droit, est indiquée au Certificat d'adhésion.

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

Toute adhésion au contrat nécessite au préalable d'adhérer à l'Association des Assurés BMI dont la cotisation annuelle en vigueur sera prélevée selon la même périodicité que celle choisie pour le paiement de la cotisation d'assurance. À ce titre, l'adhérent recevra une copie des statuts de l'association.

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

- **Adhésion par écrit sur support papier**

La demande d'adhésion complétée et signée doit être adressée à SPVIE, le cas échéant, accompagnée des pièces demandées et nécessaires à l'acceptation de l'Adhérent. Par la signature, vous manifestez votre accord sur les conditions de votre adhésion au contrat dont vous avez au préalable pris connaissance.

Après acceptation de l'assureur, vous recevrez par voie postale ou par e-mail votre dossier d'adhésion.

- **Adhésion par voie téléphonique**

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

- **Adhésion via le site Internet de SPVIE Assurances**

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

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

## Article 5 - Prise d'effet et durée de l'adhésion

L'adhésion est réputée conclue au jour de la signature par l'adhérent du Bulletin d'adhésion. Le contrat prend effet à compter du jour indiqué au Certificat d'adhésion pour une période initiale de 12 mois.

La date d'effet de l'adhésion est celle figurant au Certificat d'adhésion, sous réserve d'acceptation du dossier et du paiement de la cotisation par l'Adhérent.

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

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

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

## Article 6 - Résiliation de l'adhésion

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

### 1. Formes de la résiliation

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

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

Elle doit se faire à l'adresse suivante :

Adresse postale : SPVIE, TSA 31008, 59952 DUNKERQUE Cedex1

Adresse courrier électronique : [gestion@spvie.com](mailto:gestion@spvie.com)

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



## 2. Conséquences de la résiliation

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

A compter de la prise d'effet de la résiliation, l'Assuré s'engage à ne plus faire usage de sa carte de tiers payant et à la restituer immédiatement.

## 3. Résiliation par l'adhérent

L'Adhérent peut résilier son adhésion à chaque échéance annuelle selon les modalités précisées ci-dessus, au plus tard deux mois avant cette échéance prévue au certificat d'adhésion.

La résiliation prend effet au jour de l'échéance principale à 0 heure.

L'Adhérent peut ensuite résilier son adhésion à tout moment après l'expiration d'un délai d'un an à compter de la souscription du contrat. La résiliation prend effet un mois après que l'assureur en a reçu notification par l'Adhérent (article L. 113-15-2 du Code des assurances).

En cas de diminution du risque, si l'assureur ne consent pas à réduire le montant de la cotisation en conséquence (article L113-4 du Code des assurances), la résiliation prend alors effet 30 jours après la dénonciation du contrat par l'Adhérent.

En cas de révision des cotisations selon les dispositions de l'article 14, la résiliation prend alors effet 30 jours après la dénonciation du contrat par l'Adhérent.

## 4. Résiliation par l'assureur

L'assureur peut résilier l'adhésion en cas d'omission ou d'inexactitude dans la déclaration de l'adhérent si elle est constatée avant tout sinistre. (article L113-9 du Code des assurances).

La résiliation prend effet dix (10) jours après envoi de la lettre de résiliation.

L'assureur ne peut se trouver engagé que par le paiement régulier des cotisations aux échéances fixées. En cas de non-paiement d'une cotisation mentionnée au certificat d'adhésion, au terme du délai de 10 jours suivant son échéance, l'assureur mandataire du souscripteur à cet effet, adresse une lettre recommandée de mise en demeure de payer.

**Conformément à l'article L. 141-3 du Code des assurances, le non- paiement d'une cotisation à l'expiration d'un délai de 40 jours suivant l'envoi de la lettre de mise en demeure, entraîne de plein droit l'exclusion de l'adhérent au contrat dont l'adhésion se trouve alors résiliée. D'un commun accord entre l'assureur et le souscripteur, il a été convenu que le souscripteur donnait expressément mandat à l'assureur d'accomplir les formalités légales prévues en cas de non-paiement d'une cotisation.**

**Par délégation de l'assureur, ces formalités sont accomplies par SPVIE Assurances, représentant de l'assureur.**

## 5. Résiliation par l'adhérent ou par l'assureur

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

## 6. Résiliation de plein droit

L'adhésion est résiliée de plein droit :

- En cas de décès de l'adhérent. En présence d'ayants droit, les garanties sont maintenues jusqu'à la prochaine échéance de cotisation. S'ils le souhaitent, un nouveau contrat leur sera proposé, qui tiendra compte des garanties et conditions antérieures à la résiliation.
- En cas de départ de la France métropolitaine ou des DROM. La résiliation prend effet le 1er jour qui suit la cessation d'affiliation au régime obligatoire d'assurance maladie.

## Article 7 - Déclarations

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

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

### 1) À l'adhésion

L'adhérent doit répondre avec précision aux questions et demandes de renseignements figurant au formulaire d'adhésion.

### 2) En cours de contrat

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

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

- Un changement de domicile ou un départ hors de France métropolitaine ou des DROM pour une durée supérieure à TROIS (3) mois,

Les déclarations en cours de contrat doivent être faites :

- Adresse postale : SPVIE, TSA 31008, 59952 DUNKERQUE CEDEX1
- Adresse courrier électronique : gestion@spvie.com

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

Ces événements doivent être signalés dans un délai de quinze (15) jours suivant leur survenance; l'inobservation de ce délai, si elle cause un préjudice à l'assureur, entraîne la perte de tout droit aux garanties liées à la modification.

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

## Article 8 - Conditions des garanties

Pour bénéficier des garanties, les assurés doivent être affiliés ou ayants droit d'un affilié au Régime Obligatoire français.

Seules sont garanties les dépenses engagées entre les dates d'effet et de résiliation de l'adhésion dans les conditions prévues à la présente Notice d'information.

En outre, pour les soins et les prothèses dentaires, la date d'exécution des prestations doit être également située dans la période de garantie.

La Garantie Cyber est acquise pour tous les bénéficiaires de la garantie inscrit au Certificat d'adhésion, entre les dates d'effet et de résiliation de l'adhésion.

## Article 9 - Prise d'effet des garanties

Les garanties de l'adhésion sont acquises immédiatement, sans délai d'attente, à compter de la date d'effet mentionnée au Certificat d'Adhésion sous réserve de l'encaissement effectif de la première prime.

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

La Garantie Cyber est acquise pour tous les bénéficiaires de la garantie inscrit dans le Certificat d'Adhésion. Seuls sont garanties les sinistres entre les dates d'effet et de résiliation de l'adhésion.

## Article 10 - Etendue territoriale des garanties

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

Le versement des frais médicaux, chirurgicaux ou d'hospitalisation s'exerce au titre de l'adhésion en France métropolitaine et DROM, à partir du moment où le Régime obligatoire français intervient sur la base du tarif de convention, de même qu'en cas de séjour en dehors de France métropolitaine ou des DROM de moins de TROIS (3) mois.

Le règlement des prestations est effectué dans tous les cas en France métropolitaine et en Euros.

### Garantie Cyber :

Sont couverts les événements survenus en France métropolitaine et DROM.

Des restrictions supplémentaires selon les clauses de garanties individuelles s'appliquent.

## Article 11 - Objet, montant et contenu des garanties

Le produit SPVIE Santé Malin comprend plusieurs offres qui peuvent être proposées en fonction du besoin de l'adhérent. Chaque offre possède des niveaux de couverture, dont le descriptif détaillé de l'ensemble des postes est récapitulé dans le tableau de garanties joint en annexe du présent document

Les montants de remboursements s'entendent :

- Après déduction du remboursement du Régime Obligatoire lorsqu'il intervient,
- Dans la limite du niveau de remboursement indiqué dans le tableau de garantie, en fonction des formules et des niveaux de garanties choisis et indiqués au Certificat

Selon les garanties, les montants de remboursements sont exprimés :

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

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

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

### Garantie Cyber :

Les montants des remboursements s'entendent en euro, déduction faite de la franchise, dans la limite indiquée dans le tableau de la garantie Cyber.

## Article 12 - Préconisations sur l'application du 100% santé

### 1. OPTIQUE

#### a. Généralités

Les évolutions suivantes sont entrées en vigueur à compter du 1er janvier 2020.  
L'équipement optique est composé de deux verres et d'une monture.

Deux classes d'équipement optique sont ainsi définies :

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

Les éléments de ces équipements peuvent être mixés comme suit :

- soit deux verres de « classe A » et une monture de « classe B »,
- soit deux verres de « classe B » et une monture de « classe A ».

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

Si le tableau de garanties mentionne un **forfait dédié** à chaque composante de l'équipement (verres ou monture), alors la prise en charge s'effectue **dans la limite de ces forfaits pour chaque composante**. Les verres neutres (c'est-à-dire sans correction dont la dioptrie égale à 0) sont exclus hors condition d'appairage.

Les verres simples, complexes ou très complexes sont ainsi définis :

## VERRES SIMPLES

Verre unifocal sphérique dont la sphère est comprise entre  $-6,00$  et  $+6,00$  dioptries, Verre uni-focal sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre  $-6,00$  et  $0$  dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à  $+4,00$  dioptries, Verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à  $6,00$  dioptries.

## VERRES COMPLEXES

Verre unifocal sphérique dont la sphère est hors zone de  $-6,00$  à  $+6,00$  dioptries, Verre uni-focal sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre  $-6,00$  et  $0$  dioptries et dont le cylindre est supérieur à  $+4,00$  dioptries, Verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est inférieure à  $-6,00$  dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à  $0,25$  dioptrie, Verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à  $6,00$  dioptries, Verre multifocal ou progressif sphérique dont la sphère est comprise entre  $-4,00$  et  $+4,00$  dioptries, Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre  $-8,00$  et  $0,00$  dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à  $+4,00$  dioptries, Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à  $8,00$  dioptries.

## VERRES TRÈS COMPLEXES

Verre multifocal ou progressif sphérique dont la sphère est hors zone de  $-4,00$  à  $+4,00$  dioptries, Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre  $-8,00$  et  $0$  dioptries et dont le cylindre est supérieur à  $+4,00$  dioptries, Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est inférieure à  $-8,00$  dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à  $0,25$  dioptrie,\* Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à  $8,00$  dioptries.

*\*Sphère supérieure à une dioptrie de  $-8D$  soit  $-9D$*

### b. Les délais de renouvellement

La périodicité de renouvellement de l'équipement est appréciée à compter de la date de facturation du précédent équipement, ayant fait l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie obligatoire ou par l'organisme assureur, depuis le 1er janvier 2018

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

santé\_malin\_ni\_1124

Renouvellement anticipé en cas d'évolution de la vue		
Périodicité de renouvellement dérogatoire	1 an pour le renouvellement de la prise en charge d'un équipement complet (2 verres + la monture)	Renouvellement de la prise en charge possible sans délai pour l'acquisition de verres.
Cas d'application de la périodicité dérogatoire	<ul style="list-style-type: none"> <li>- variation de la sphère ou du cylindre d'au moins 0,5 dioptrie d'un verre ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des deux verres ;</li> <li>- variation d'au moins 0,5 dioptrie de l'addition (pour un verre) ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des deux verres, en cas de presbytie et en l'absence de variation de la vision de loin ;</li> <li>- somme des variations (en valeur absolue) de loin et de près d'au moins 0,5 dioptrie (pour un verre), en cas de presbytie et en présence de variation de la vision de loin ;</li> <li>- variation de l'axe du cylindre de plus de 20° pour un cylindre (+) inférieur ou égal à 1,00 dioptrie ;</li> <li>- variation de l'axe du cylindre de plus de 10° pour un cylindre (+) de 1,25 à 4,00 dioptries ;</li> <li>- variation de l'axe du cylindre de plus de 5° pour un cylindre (+) &gt; 4,00 dioptries.</li> </ul>	
Constatation de l'évolution de la vue	soit présentation à l'opticien d'une nouvelle prescription médicale et comparaison avec l'ancienne, soit adaptation de la prescription médicale par l'opticien-lunetier lors d'un renouvellement de délivrance.	Sur présentation à l'opticien d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique.

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



## 2. DENTAIRE

Trois paniers de soins prothétiques sont ainsi définis :

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

## 3. AIDES AUDITIVES

Les évolutions suivantes sont entrées en vigueur à compter du 1er janvier 2021.

**Deux classes d'équipement auditif sont ainsi définies :**

L'équipement auditif de « classe I » sans reste à charge : cet équipement est remboursé aux frais réels sans pouvoir excéder les prix limites de vente qui s'imposent aux audioprothésistes pour l'application du 100% santé.

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

La prise en charge d'une aide auditive par oreille est limitée à une aide auditive tous les quatre (4) ans suivant la date de facturation de l'aide auditive, ayant fait l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie obligatoire ou par l'organisme assureur, depuis le 1er janvier 2017. Le délai court indépendamment pour chaque équipement de chaque oreille.

## Article 13 - Cadre juridique du contrat dit responsable

Cette adhésion s'inscrit dans le cadre du dispositif législatif relatif aux contrats d'assurance complémentaire santé dits « contrats responsables », conformément aux articles L.871-1, R.871-1 et R.871-2 du Code de la Sécurité sociale et est conforme aux dispositions de la réforme du « 100% Santé », instituée par la loi 2018-1203 du 22 décembre 2019 de financement de la Sécurité sociale pour 2019.

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

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

En cas d'évolution de la réglementation régissant les « contrats responsables », les garanties de la présente adhésion feront l'objet de modifications pour rester en conformité avec ce cadre juridique, après information préalable de l'adhérent.

Le tarif pourra également être revu, à la hausse comme à la baisse, en fonction des modifications apportées sur les garanties.

## Article 14 – Modifications des garanties

### 1. A LA DEMANDE DE L'ADHÉRENT

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

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

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

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

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

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

Tout Accident ou Maladie, entraînant une Hospitalisation, ayant une date de survenance antérieure à la prise d'effet de l'avenant, sera indemnisable, sous réserve de déclaration et d'acceptation par ACHEEL France, sur la base des garanties acquises antérieurement à la prise d'effet de l'avenant, et ce pendant toute la durée du sinistre, y compris les rechutes éventuelles (même pathologie).

## 2. A L'INITIATIVE DE L'ASSUREUR

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

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

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

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

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

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

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

## Article 15 - Ajout ou sortie des ayants droit

### 1. A L'ÉCHÉANCE PRINCIPALE

L'adhérent a la possibilité de demander l'ajout ou la sortie d'un ayant droit par écrit et au plus tard 2 (deux) mois avant l'échéance principale de l'adhésion.

### 2. HORS ÉCHÉANCE PRINCIPALE

#### *Ajout d'un ayant droit*

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

- Dans un délai de **DEUX (2) mois suivant cet événement** s'il s'agit d'une **naissance** ou d'une **adoption**,
- Dans un délai de **QUINZE (15) jours suivant cet événement** pour les **autres** demandes.

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

- À la date de naissance du nouveau-né,
- À la date de jugement d'un enfant adopté,
- À la date de l'union avec son conjoint.

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

#### *Sortie d'un ayant droit*

Si un événement survient en cours d'année entraînant la perte de la qualité d'ayant droit, l'adhérent doit le déclarer par écrit **dans les QUINZE (15) jours suivant cet événement**. La modification du contrat prendra effet, sous réserve de la production des pièces justifiant de la date de l'événement et de la fin des conditions permettant d'être désigné comme ayant droit :

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

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

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

### 3. AJUSTEMENT DE LA COTISATION

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

En cas d'ajout ou de sortie d'ayant droit, la cotisation sera ajustée en conséquence à compter de la date d'effet de l'avenant constatant cette modification.

La différence de cotisation sera mentionnée dans l'avenant.

S'il s'agit d'un supplément à acquitter, celui-ci devra être réglé à l'Assureur conformément aux dispositions de l'article 20. Si il s'agit d'une diminution en faveur de l'Adhérent, cet écart vous sera remboursé sous réserve de l'absence d'arriéré de prime à compenser.

## Article 16 - Exclusions

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

Les exclusions ci-dessous s'appliquent à toutes les garanties d'assurance à l'exception des garanties minimum et maximum des contrats responsables. Les garanties ne s'exercent pas en cas :

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

Sont également applicables les exclusions imposées par le dispositif législatif des contrats dits « responsables »

**Cet article ne s'applique pas à la garantie Cyber.**

## Article 17 - Adaptation de l'adhésion par suite de modifications du régime de base de la Sécurité sociale

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

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

## Article 18 - Prestations

### 1. REMBOURSEMENT DES PRESTATIONS

Les dépenses de prestations sont remboursées en fonction des formules et du niveau de garanties auquel l'Adhérent a adhéré, qui figurent au certificat d'adhésion valant Conditions Particulières.

Elles ne peuvent en aucun cas être supérieures aux dépenses réelles.

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

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

Si des prestations ont été versées indûment, l'assureur pourra demander à l'adhérent le remboursement des prestations indues réglées.

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

Les prestations sont réglées en euros sur un compte ouvert auprès d'un établissement bancaire français.

Les décomptes sont disponibles en ligne dans l'espace personnel des Assurés.

Pour toute question relative à vos remboursements, vous pouvez vous adresser à l'adresse mail suivante : [remboursement@spvie.com](mailto:remboursement@spvie.com)

**Cet article ne s'applique pas à la garantie Cyber.**

## 2. TÉLÉTRANSMISSION

La transmission des décomptes de remboursements des assurés bénéficiaires peut être effectuée directement par les caisses d'assurance maladie, sous forme d'échange de données informatiques.

Si vous ne souhaitez pas bénéficier de cette possibilité, vous devez le préciser sur votre bulletin d'adhésion ou le notifier par écrit à SPVIE.

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

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

**Cet article ne s'applique pas à la garantie Cyber.**

## 3. CUMUL D'ORGANISMES ASSUREURS

Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit sa date de souscription et de la dépense engagée.

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

Cet article ne s'applique pas à la garantie Cyber.

## 4. TIERS PAYANT

L'adhésion à cette offre permet de bénéficier des avantages d'une carte de tiers payant.

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

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

La carte de Tiers payant permet également de bénéficier d'une prise en charge dans la limite de la garantie souscrite, en cas d'hospitalisation en France par l'intermédiaire de l'établissement hospitalier auprès de l'organisme de Tiers payant Viamedis ou sur simple demande. En cas de suspension ou de résiliation du contrat, l'adhérent s'engage à restituer immédiatement la carte de Tiers payant.

Il s'engage également à rembourser à l'Assureur les prestations indûment réglées aux praticiens postérieurement à cette suspension ou cette résiliation.

**Cet article ne s'applique pas à la garantie Cyber.**



## 5. PIÈCES NÉCESSAIRES AU PAIEMENT DES PRESTATIONS

Pour obtenir le règlement de ses prestations dès lors que les frais n'ont pas été réglés directement au professionnel de santé, l'adhérent doit envoyer dans les TROIS (3) mois qui suivent la fin du traitement, les pièces justificatives accompagnées d'une demande datée et signée comportant le numéro d'adhésion.

La liste des pièces justificatives à fournir est la suivante :

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

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

Si les renseignements fournis sont insuffisants pour le règlement des prestations, l'Assureur pourra demander de fournir des justificatifs complémentaires.  
En tout état de cause, tout justificatif produit plus de 2 ans après la date de soin ne pourra pas faire l'objet de remboursement.

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

**Cet article ne s'applique pas à la garantie Cyber.**

## 6. LA GARANTIE CYBER

### DEFINITION

**Assuré** - l'ensemble des personnes indiquées au Certificat d'Adhésion

**Équipements personnels** – tous les équipements (ordinateurs, ordinateurs portables, tablettes, téléphones portables, etc.) utilisés dans le but de créer, traiter, protéger, contrôler, stocker, extraire, afficher, transmettre et accéder à des données.

**Événement assuré** - tout incident de cybersécurité affectant vos équipements personnels entraînant un remplacement nécessaire de ces derniers, tout préjudice financier consécutif à une vente en ligne ou du shopping en ligne (détournement de fonds).

**Expert** – toute personne physique ou morale désignée par nos soins ou avec notre accord préalable et/ou avec l'accord préalable du prestataire de services de gestion d'incident/ de crise (informaticien, juriste ou consultant en relations publiques par exemple).

**Objet connecté** - On entend par équipement connecté, un objet qui est capable de communiquer avec un réseau informatique (internet le plus souvent) par wifi, Bluetooth ou une puce électronique de télécommunication.

**Objet de santé connecté** - tous les équipements connectés ayant un lien reconnu avec la santé (cardiofréquencemètre, montre connectée ...).

**Porte-monnaie électronique** – tout compte en ligne sur lequel vous déposez ou gagnez des sommes d'argent libellées dans une monnaie spécifique pouvant être dépensée dans un magasin (en ligne).

### CE QUI EST GARANTI

Les conséquences des dommages subis résultant d'un événement assuré, dans les limites indiquées au Tableau des garanties. Sont couverts les événements garantis au titre des prestations suivantes ci-après :

## **Remplacement nécessaire de vos équipements personnels en cas d'incident de cyber sécurité.**

Nous vous rembourserons les frais raisonnables de remplacement (dans la limite des plafonds de garantie) de votre équipement personnel si un expert spécialisé, engagé par nos soins juge plus efficace et économique de remplacer la totalité ou une partie de cet équipement personnel que de réparer, de restaurer vos données ou de décontaminer ou nettoyer ledit équipement personnel après la survenance d'un incident de cybersécurité. Le matériel de remplacement devra être de qualité similaire à l'équipement personnel à remplacer.

## **Indemnisation d'un objet de santé connecté non livré, acheté soit à la suite d'un cyber détournement de fonds, soit sur un site Internet frauduleux (shopping en ligne).**

Nous vous indemniserons la valeur de l'objet de santé connecté acheté à la suite d'un cyber détournement de fonds subi sur Internet par carte de paiement ou porte-monnaie électronique, qu'un tiers malhonnête vous a incité à effectuer par voie électronique ou sur un site frauduleux pour l'achat de biens ou de services qui ne vous ont pas été livrés ou fournis ; ceci à la condition que :

- Vous puissiez démontrer que vous avez fait des efforts raisonnables (a minima deux tentatives de recouvrement/demande de remboursement) pour solliciter un recouvrement ou un remboursement auprès dudit tiers et/ou du vendeur des biens et services à titre d'indemnisation du préjudice pécuniaire que vous avez subi ; et que
- Vous informiez dans un délai de 48 heures l'organisme émetteur de votre carte de paiement ou votre banque, ou toute autre entité compétente, de l'acte de fraude que vous avez découvert ; et que
- L'organisme émetteur de votre carte de paiement ou votre banque, ou toute autre entité compétente, refuse par écrit de vous rembourser les transactions que vous avez réalisé du fait de l'acte de fraude commis à votre encontre ; et que
- Vous ayez porté plainte auprès des services de la police judiciaire.

## **Indemnisation de la valeur d'un objet de santé connecté vendu en ligne sans réception d'une contrepartie financière en cas de tiers acheteur malhonnête ou malveillant (vente en ligne).**

Nous vous indemniserons la valeur du bien vendu en ligne, dans un but non commercial, à un tiers acheteur malhonnête ou malveillant, lorsque ces biens ne sont plus physiquement en votre possession et que vous n'avez jamais reçu en contrepartie le paiement dû pour ceux-ci ; et ce, à condition que :

- Vous puissiez démontrer que vous avez fait des efforts raisonnables (a minima deux tentatives de recouvrement/demande de remboursement) pour solliciter le paiement ou récupérer les-dits biens auprès du tiers acheteur ou d'autres parties concernées, à titre d'indemnisation du préjudice pécuniaire que vous avez subi et que
- Vous ayez porté plainte auprès des services de la police judiciaire.

**Dans le cadre du shopping en ligne ou de la vente en ligne, si le contrat de vente est néanmoins dûment exécuté à une date ultérieure, vous devrez spontanément nous rembourser sans délai le montant de l'indemnité que nous vous avons versée.**

**Si vous ou une personne coassurée recevez ultérieurement le paiement ou la restitution de l'article par le tiers acheteur, vous devrez spontanément nous rembourser sans délai le montant de l'indemnité que nous vous avons versée.**

## CE QUI EST EXCLU

Au titre des exclusions générales, nous ne couvrirons aucun sinistre, au titre de la présente police, découlant directement ou indirectement :

1. d'évènements assurés ou circonstances pouvant raisonnablement entraîner la réalisation d'un évènement assuré dont vous avez connaissance avant la prise d'effet de la présente police.
2. de tout acte, toute omission ou toute inconduite intentionnel(le), malveillant(e), malhonnête, délibéré(e) ou imprudent(e) de votre part ; de tout acte ou toute omission de votre part en tant qu'employé ou en tant que travailleur indépendant ainsi que de toute activité professionnelle ou commerciale.
3. de pertes ou de dommages causés à des biens matériels ou des dommages consécutifs en résultant, y compris de la perte d'usage de ces biens corporels.
4. de pertes d'investissement ou de trading, y compris de l'incapacité de vendre ou transférer des titres, ou d'en disposer d'une quelconque autre manière.
5. de dommages corporels, préjudices psychologiques
6. d'un détournement, d'un vol, de la violation ou divulgation de données relevant de la propriété intellectuelle (par exemple les brevets, marques déposées, droits d'auteur).
7. de réclamations de tiers formées à l'encontre de l'assuré.
8. de la responsabilité civile contractuelle.
9. des frais engagés pour améliorer vos équipements personnels par rapport à l'état dans lequel ils se trouvaient avant la survenance de l'évènement assuré, sauf si ces frais étaient inévitables.
10. de la perte, la destruction, la modification, l'indisponibilité, l'inaccessibilité et/ ou d'un retard dans le cadre d'opérations d'achat et de vente de crypto-monnaies, sous forme de pièces (par ex. bitcoin, ethereum, ripple, iota), de jetons (par ex. eos, nem, tether) ou de clés publiques et/ou privées utilisées en combinaison avec les crypto-monnaies susmentionnées.
11. du jeu.

Indépendamment des exclusions générales précitées, ne sont pas garantis pour le shopping en ligne et la vente en ligne des biens suivants :

- L'argent en espèces (y compris les pièces d'or ou d'argent), les chèques, les chèques de voyage et toutes les autres valeurs mobilières
- Les biens en rapport avec des facturations émanant d'opérateurs téléphoniques ou de fournisseurs d'accès à Internet
- Les bons d'achat et les billets d'entrée
- L'électricité, le gaz, les plantes et les animaux
- Les armes et les marchandises achetées de façon illégale ou interdites.
- En cas de dommages liés à des contrats en ligne portant sur les services suivants : voyages, locations, baux, téléchargements, licences (de logiciels) ou droits d'auteur ;
- En cas de pertes de profit, de pertes d'intérêts ou pour les frais de justice ;
- Si le vendeur a son siège social ou s'il réside en dehors de l'Espace économique européen (États membres de l'UE, Islande, Liechtenstein et Norvège) ou de la Suisse ;
- Si l'achat a seulement été initié sur Internet, mais que le contrat n'a pas été conclu en ligne ;
- Dans la mesure où d'autres prestataires de services auxquels vous avez fait appel (par exemple les systèmes de paiement en ligne ou les intermédiaires en services de paiement en ligne) sont tenus de vous indemniser ;

Risques garantis	Objets des garanties	Limites des garanties et des franchises par sinistre et par an
Cyber	Remplacement des équipements personnels Franchise	1 500 € 150 €
	Achat en ligne Franchise	350 € 50 €
	Vente en ligne Franchise	350 € 50 €

### Montants des garanties et des franchises

- L'indemnisation est effectuée en considérant l'étendue, le montant des garanties et des franchises prévues au tableau des garanties et applicables au jour de la réclamation. Les montants comprennent les frais de défense raisonnablement engagés, les intérêts et les dépenses.
- Lorsqu'un montant de garantie est fixé par sinistre, la somme indiquée forme la limite des engagements de l'assureur à l'égard de l'ensemble des réclamations se rattachant à un même fait dommageable.

- Lorsque le montant de la garantie est fixé pour une année d'assurance, la somme indiquée forme la limite des engagements de l'assureur pour tous les sinistres survenus au cours d'une même année d'assurance.
- Le sinistre est imputé à l'année d'assurance au cours de laquelle l'assureur a reçu la première réclamation.
- Les montants de garantie accordés par sinistre et pour une année d'assurance se réduisent et finalement s'épuisent par tout règlement d'indemnité ou de frais sans que ladite garantie puisse se reconstituer jusqu'à la fin de l'année d'assurance pour d'autres sinistres. La franchise est applicable par sinistre et quel que soit le nombre de lésés, sauf disposition contraire au Certificat d'adhésion du contrat.
- Lorsqu'un même sinistre met en jeu simultanément différentes garanties, l'engagement maximum de l'assureur n'excède pas, pour l'ensemble des dommages, le plus élevé des montants prévus pour ces garanties.

## **VOS OBLIGATIONS SOUS PEINE DE NON-GARANTIE**

### **AFIN DE POUVOIR BENEFICIER DES GARANTIES DU PRESENT CONTRAT, VOUS AVEZ L'OBLIGATION :**

- a. de vous assurer que vos équipements personnels sont utilisés et entretenus comme le recommande le fabricant ou le distributeur, et
- b. de prendre les mesures nécessaires pour prévenir et atténuer les dommages couverts au titre de la présente police. à cet effet, vous devez :
- c. installer, garder active et mis à jour un dispositif de sécurité (logiciel anti-maliciel par ex.) adapté à vos systèmes, et
- d. assurer la maintenance et la mise à jour de vos données par le biais de backups effectuées au rythme indiqué.
- e. protéger vos équipements personnels contre les incidents de cybersécurité (par la mise à jour des mots de passe, configurations du système et pare-feu) et
- f. appliquer les correctifs de sécurité sur vos équipements personnels et vos logiciels dans les 14 jours suivant leur publication.

En cas de non-respect des dispositions des paragraphes ci-dessus, nous sommes en droit de réclamer une indemnité proportionnée au préjudice qui en résulte pour elle. toutefois, nous ne sommes pas en droit de refuser ou limiter sa garantie si l'incident de cybersécurité ne trouve pas son origine ou n'a pas été aggravé par le non-respect de ces dispositions.

## Modalités d'application de la garantie dans le temps

- La garantie s'exerce pour des événements assurés découverts et déclarés pendant la période de validité du contrat. Par définition la période de validité du contrat est la période comprise entre la date d'effet du contrat et sa date de résiliation.
- o Affectation de la date du sinistre :
- o L'indemnité ne peut excéder la somme assurée à la date de découverte.
- o Cas d'une série d'événements assurés :
- Ne constitue qu'un seul et même sinistre, toute perte subie par vous et résultant directement d'une série d'événements assurés attribuable à la même cause génératrice.
- Dans ces cas, seule la date du premier événement assuré servira de référence pour savoir si la garantie est acquise.

## Obligation de coopération

Si nous vous le demandons, Vous devez :

- a. coopérer avec nous et protéger l'ensemble du matériel, des logiciels et des données,
- b. fournir tous les documents et informations ainsi que l'assistance que nous pouvons raisonnablement exiger, et
- c. prêter votre assistance dans le cadre de toute conduite de procès ou travail de règlement, ainsi qu'en vue de faire valoir un droit de contribution ou un droit à indemnisation à l'encontre de toute personne ou organisation pouvant être tenue responsable envers vous d'actes, d'erreurs ou d'omissions couvert(e)s au titre de la présente police

## 7. GARANTIE PREVENTION ET DEPENDANCE

### DEFINITION

**Acte de prévention** – Prise en charge de l'ensemble des actes de prévention prévus dans le cahier des charges du contrat responsable et notamment l'article R. 871-2 du Code de la sécurité sociale.

**Dépendance totale** – Est entendu comme dépendance totale les cas de P.T.I.A. (Perte Totale et Irréversible d'Autonomie) définit comme une invalidité physique ou intellectuelle par suite de maladie ou d'accident, survenue postérieurement à la date d'effet des garanties, rendant l'Adhérent définitivement incapable d'exercer une activité quelconque procurant gain ou profit et nécessitant l'assistance permanente d'une tierce personne pour accomplir au moins 3 des 5 actes essentiels de la vie quotidienne de façon totale (se coucher et se lever, s'habiller et se déshabiller, boire et manger, se laver et aller aux toilettes, se déplacer).



## CE QUI EST GARANTI

Sont couverts, au titre de la garantie prévention, l'ensemble des actes de prévention prévus dans le cadre de la réglementation des contrats responsables.

Sont également couvert, au titre de la garantie dépendance, les cas de dépendance totale.

En cas de P.T.I.A. de l'assuré, un capital d'un montant de 500 euros tel qu'indiqué dans le tableau des garanties, sera versé à compter du jour au jour où la P.T.I.A. lui est reconnue et sous réserve du respect des formalités à accomplir en cas de PTIA détaillées ci-dessous. La date de reconnaissance de la P.T.I.A. est :

- soit la date à laquelle est notifiée la décision de la Sécurité Sociale classant l'Assuré à titre définitif dans la 3ème catégorie d'invalidité, avec attribution de la pension correspondante, conformément à l'article L. 341-1 et suivants et R. 341-2 du Code de la sécurité sociale ;
- soit la date à laquelle une rente accident du travail avec majoration pour assistance d'une tierce personne est attribuée à l'Assuré par la Sécurité sociale sous réserve que l'accident soit survenu postérieurement à la date d'effet des garanties et ne résulte pas de l'exercice d'un métier à risque .

## PRESTATION

Dès la reconnaissance de la dépendance totale, l'Adhérent percevra un capital d'un montant de 500 euros tel qu'indiqué dans le tableau de garanties. Il n'est versé qu'un seul capital au titre de la présente garantie.

## FORMALITES EN CAS DE DEPENDANCE TOTALE (P.T.I.A.)

Les sommes dues sont versées après instruction du dossier sur présentation des pièces suivantes :

- une déclaration de l'Assuré
- les pièces justificatives établissant la preuve de la P.T.I.A
- toutes pièces nécessaires demandées pour justifier l'état de P.T.I.A

## CE QUI EST EXCLU

Sont exclus :

- Les actes de préventions qui ne sont pas prévus prévus dans le cahier des charges du contrat responsable ;
- les conséquences directes ou indirectes d'explosion, de dégagements de chaleur ou de l'irradiation provenant de la transmutation de noyaux d'atomes ou de la radioactivité ;
- les faits de guerres étrangères ou civiles, des participations actives de l'assuré à des émeutes, rixes, actes de terrorisme, étant précisé que les actes de légitime défense et assistance à personne en danger sont garantis ;
- Les conséquences d'un attentat ou d'une tentative d'attentat dès lors que l'assuré y prend une part active ;
- les risques aériens sous forme de pratique de l'aile volante, du deltaplane, du parapente, du vol à voile, de l'aérostation du parachute (sauf si la situation critique de l'appareil l'exige) ou du saut à l'élastique, d'appareils ultra légers motorisés (U.L.M.) ou de tout appareil non homologué, participation à des compétitions, raids, démonstrations acrobatiques, voltige, tentatives de records, exhibitions, vols d'essai ou vols en prototype. ;
- Les PTIA résultant de l'exercice d'un métier à risques (pompier, militaire, gendarme, policier, métiers de l'aviation, artificier, ouvrier dans le bâtiment, couvreur et métiers exercés en hauteur, marin, docker) ;
- Les actes intentionnels qui sont le fait de l'assuré ou les conséquences de tentatives de suicide ou de mutilation volontaire, faits intentionnellement causés par l'assuré ;
- Les cas de PTIA résultant de la pratique de sports à titre professionnel ou sponsorisée
- Les cas de PTIA dont la survenance ou la première constatation médicale sont antérieures à la date d'effet de l'adhésion ;
- les conséquences de l'usage de stupéfiants absorbés par l'Assuré en l'absence de toute prescription médicale et, lorsque l'Assuré est conducteur de tout moyen de transport ;
- les conséquences des accidents résultant de sa consommation de boissons alcoolisées constatée par une alcoolémie égale ou supérieure au taux légal en matière de circulation automobile à la date du sinistre.

## Article 19 - Contrôle, procédure d'expertise et arbitrage

### 1. CONTRÔLE DES DÉPENSES

Le médecin-conseil peut demander à l'adhérent tout renseignement ou document complémentaire qu'il juge utile et le cas échéant demander une expertise médicale, afin de permettre l'appréciation du droit aux prestations, notamment en ce qui concerne le principe et la fréquence de l'engagement des dépenses et leur montant.

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

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

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

**Cet article ne s'applique pas à la garantie Cyber.**

### 2. PROCÉDURE D'EXPERTISE

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

Cet article ne s'applique pas à la garantie Cyber.

### 3. ARBITRAGE

En cas de persistance d'un désaccord sur les conclusions du médecin expert que l'Assureur a désigné, le différend est soumis à une expertise amiable avant tout recours à la voie judiciaire. Chacune des parties choisit un médecin expert devant régler le différend.

À défaut d'accord entre eux, ceux-ci s'adjoignent un troisième expert et tous trois opèrent en commun et à la majorité des voix.

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

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

**Cet article ne s'applique pas à la garantie Cyber.**

## 4. DISPOSITIONS RELATIVES A LA GARANTIE CYBER

### 1. Déclaration

Dès qu'il vous est raisonnablement possible de le faire, vous devez déclarer auprès de nous tout événement assuré effectif susceptible de donner lieu à un paiement au titre de la présente police.

### 2. Notre responsabilité

Notre responsabilité interviendra au-delà de la franchise et sera soumise au plafond de garantie pour chaque événement assuré ou réclamation de tiers ainsi qu'au plafond annuel de garantie indiqué dans le Tableau des Garanties.

### 3. Paiement pour plusieurs volets

Si l'événement assuré a une incidence sur plusieurs volets de la garantie, c'est la franchise la plus élevée qui s'appliquera.

### 4. Subrogation

L'assureur se substitue à l'Assuré, à concurrence de l'indemnité payée dans l'exercice de ses droits et actions à l'encontre de tout tiers responsable des dommages. Si, par le fait de l'Assuré, ces droits et actions ne peuvent plus être exercés, la garantie cesse d'être acquise pour la partie non récupérable. Lorsque l'assureur a renoncé à exercer un recours contre le responsable d'un sinistre et que celui-ci est assuré, il peut alors, uniquement dans les limites de cette assurance, exercer son recours contre l'assureur du responsable.

L'assureur ne peut exercer aucun recours contre les enfants, descendants, ascendants, préposés et généralement toute personne dont l'Assuré serait reconnu responsable, sauf cas de malveillance commise par une de ces personnes, mais il peut exercer un recours contre leurs assureurs.

### 5. Obligations en cas de sinistre

Vous devez :

- (a) nous fournir la preuve de la survenance du sinistre et décrire les conséquences probables de tout événement assuré ;
- (b) prendre toutes les mesures nécessaires et raisonnables permettant de réduire la durée et les effets de tout événement assuré ;
- (c) faire et autoriser que tout ce qui est possible soit fait pour établir la cause et l'étendue de l'événement assuré ;
- (d) protéger l'ensemble du matériel, des logiciels et des données et les mettre à notre disposition ;
- (e) vous conformer à toute recommandation raisonnable de notre part

## Article 20 - Cotisations

### 1. MONTANT DE LA COTISATION

La cotisation est fixée au Certificat d'adhésion.

Elle est exprimée en Euros, tous frais et taxes inclus.

Elle tient compte d'un certain nombre de paramètres tels que le régime obligatoire de l'adhérent, les garanties choisies, l'âge des assurés, la composition familiale et la zone géographique.

Elle ne dépend pas de l'état de santé des assurés.

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

### 2. VARIATION DE LA COTISATION

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

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

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

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

### 3. RÉVISION DE LA COTISATION

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

Les augmentations de cotisations ont lieu chaque année à la date d'échéance du contrat.

Le nouveau montant de cotisation sera communiqué à l'avis d'échéance annuelle.

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

L'adhérent pourra être informé par notification. L'adhérent ne pourra exiger comme moyen de preuve de cette information l'envoi d'un courrier recommandé.

L'adhérent pourra refuser cette modification en résiliant le contrat dans le mois qui suit la réception du courrier.

#### 4. MODALITÉS DE PAIEMENT DE LA COTISATION

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

Les paiements peuvent être fait par prélèvement automatique ou par chèque (sauf en cas de paiement mensuel)

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

#### 5. DÉFAUT DE PAIEMENT

En cas de non-paiement et conformément aux dispositions de l'article L.141-3 du Code des assurances, il sera procédé à l'exclusion de l'adhérent et de ses ayants droit le cas échéant, du bénéfice du contrat valant résiliation de l'adhésion.

### Article 21 - Subrogation

Conformément à l'article L.121-12 du Code des assurances, l'assureur est subrogé dans les droits et actions des assurés envers tout responsable jusqu'à concurrence des prestations et indemnités versées à l'assuré.

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

## Article 22 - Prescription

Conformément au code des assurances :

### Article L114-1

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

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

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

### Article L114-2

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par l'assureur à l'Adhérent en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'Adhérent à l'assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

### Article L114-3

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

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

### Article 2240

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

### Article 2241

La demande en justice, même en référé, interrompt le délai de prescription ainsi que le délai de forclusion. Il en est de même lorsqu'elle est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure.

### Article 2242

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



**Article 2243**

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

**Article 2244**

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

**Article 2245**

L'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription contre tous les autres, même contre leurs héritiers. En revanche, l'interpellation faite à l'un des héritiers d'un débiteur solidaire ou la reconnaissance de cet héritier n'interrompt pas le délai de prescription à l'égard des autres cohéritiers, même en cas de créance hypothécaire, si l'obligation est divisible. Cette interpellation ou cette reconnaissance n'interrompt le délai de prescription, à l'égard des autres codébiteurs, que pour la part dont cet héritier est tenu. Pour interrompre le délai de prescription pour le tout, à l'égard des autres codébiteurs, il faut l'interpellation faite à tous les héritiers du débiteur décédé ou la reconnaissance de tous ces héritiers.

**Article 2246**

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

## Article 23 - Examens des réclamations et procédure de médiation

### 1. RÉCLAMATIONS

En cas de difficultés dans l'application du présent contrat, le souscripteur, l'assuré et les bénéficiaires peuvent contacter dans un premier temps le gestionnaire, représentant de l'assureur :  
Service Clients -SPVIE 26 rue Pagès, 92150 SURESNES -  
N° téléphone : 01 87 15 69 99 (appel non surtaxé) et sur votre espace Assuré.

Si l'adhérent ne reçoit pas une réponse satisfaisante, il peut adresser une réclamation écrite à l'adresse suivante :  
Service Réclamations -SPVIE 26 rue Pagès, 92150 SURESNES ou par mail à :  
reclamations@SPVIE.com ou sur votre espace Assuré.

### 2. MÉDIATION

Si une insatisfaction persiste l'adhérent peut saisir le Médiateur de l'assurance en écrivant 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. Cependant, il est précisé que le Médiateur ne peut être saisi qu'après que le Service réclamations ait été saisi de sa demande et y ait apporté une réponse.

La saisine du Médiateur n'est possible que dans la mesure où cette demande n'a pas été soumise à une juridiction.

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

## Article 24 - Informatique et libertés

### 1. QUALITÉ DES PARTIES

Dans le cadre de la passation, la gestion et l'exécution du Contrat, des données à caractère personnel concernant l'Adhérent et les Assurés sont traitées par SPVIE Assurances ainsi que par ACHEEL en leurs qualités de responsables conjoints de traitement.

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

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

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

## 2. LES FINALITÉS DE CE TRAITEMENT

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
<b>Finalité 1 : Passation, gestion et exécution du contrat, pouvant notamment inclure des prises de décisions automatisées</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Etude des besoins spécifiques de chaque assuré afin de proposer des contrats adaptés</li> <li>• Elaboration des statistiques et études actuarielles</li> <li>• Examen, acceptation, contrôle et surveillance du risque</li> <li>• Exécution des garanties des contrats</li> <li>• Gestion des contrats et Gestion des clients</li> <li>• Exercice des recours et gestion des réclamations et des contentieux</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 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.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 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)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Le traitement est nécessaire au respect d'une obligation légale à laquelle le responsable du traitement est soumis</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lutte contre la fraude, ces dispositifs pouvant notamment conduire à l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude</li> <li>• Mise en place d'actions de prévention proposées par l'assureur</li> <li>• Conduite d'activités de recherche et développement</li> <li>• Opérations de communication et de fidélisation de la clientèle ou d'amélioration de la qualité du service</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 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).</li> <li>• 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.</li> </ul>
<b>Finalité 2 : Prospection commerciale</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Effectuer les opérations relatives à la gestion des prospects de l'Organisme d'assurance</li> <li>• L'acquisition, la cession, la location ou l'échange des données relatives à l'identification des prospects de l'Organisme d'assurance</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 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.</li> <li>• Vous pouvez vous opposer à tout moment à ce traitement en exerçant vos droits, conformément au paragraphe « Exercice des droits » ci-dessous.</li> </ul>

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

### **3. INFORMATION DES ASSURÉS PAR L'ADHÉRENT**

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

### **4. DESTINATAIRES ET TRANSFERT DES DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL**

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

ACHEEL et SPVIE Assurances 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.

### **5. DURÉE 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.

## 6. L'EXERCICE DES DROITS

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

L'Adhérent et les Assurés peuvent également s'opposer au traitement de leurs données pour un motif légitime.

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

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

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

Tout Adhérent ou Assuré est informé qu'il est par ailleurs en droit de déposer une plainte auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés (<https://www.cnil.fr/>). Nous encourageons l'Adhérent et nos Assurés à contacter en amont nos Délégués.

## 7. COORDONNÉES DU DÉLÉGUÉ À LA PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES

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

Pour l'Assureur (porteur de risque) ACHEEL, par e-mail à l'adresse suivante : [dpo@acheel.com](mailto:dpo@acheel.com);

Pour le Courtier et délégataire de gestion, SPVIE Assurances, par courrier postal à l'adresse suivante : SPVIE- DPO – 26 rue Pagès – 92150 Suresnes ou [dpo-spvie@spvie.com](mailto:dpo-spvie@spvie.com).

## 8. DROIT D'INTRODUIRE UNE RÉCLAMATION

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

## 9. CLAUSE SPÉCIFIQUE RELATIVE AUX OBLIGATIONS RÉGLEMENTAIRES

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

## 10. PROFILAGE ET PRISE DE DÉCISION AUTOMATISÉE

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

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

L'Adhérent dispose du droit d'obtenir une intervention humaine de la part du responsable du traitement, d'exprimer son point de vue et de contester la décision.

L'Adhérent peut exercer ces droits à l'adresse mentionnée pour l'exercice de ses droits.

## 11. PROSPECTION

Dans le cadre d'opérations de prospection et afin de lui permettre de bénéficier d'une couverture d'assurance aussi complète que possible et de bénéficier de produits ou services contribuant à ses besoins de protection en matière d'assurance, certaines données le concernant ou concernant les risques à assurer, peuvent ou pourront entraîner des décisions automatisées ou fondées sur le profilage, consistant notamment à lui adresser certaines offres commerciales.

La possibilité pour les responsables de traitement d'effectuer des opérations de prospection commerciale est subordonnée au consentement préalable et exprès de L'Adhérent. Dans le cas où l'Adhérent donne son consentement, il dispose du droit de s'opposer d'un droit d'opposition à tout moment, à recevoir des offres commerciales ainsi que du droit de s'opposer au profilage de ses données lié à la prospection qu'il peut exercer à l'adresse suivante : [dpo@acheel.com](mailto:dpo@acheel.com).

## Article 25 - Autorité de contrôle

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

## Article 26 - Opposition au démarchage téléphonique

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

Soit par voie postale, en écrivant à : société OPPOSETEL – service BLOCTEL – 6, rue Nicolas Siret – 10000 TROYES ;

Soit par connexion au site internet de la société OPPOSETEL à l'adresse suivante : [bloctel.gouv.fr](http://bloctel.gouv.fr).

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



## Article 27 - Droit de renonciation

	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. » « Toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, et qui signe dans ce cadre une proposition d'assurance ou un contrat à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique avec demande d'avis de réception pendant le délai de quatorze jours calendaires révolus à compter du jour de la conclusion du contrat, sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités. »	« Fourniture de services à un consommateur dans le cadre d'un système de vente ou de prestations de services à distance, organisé par le fournisseur ou par un intermédiaire qui, pour ce contrat, utilise exclusivement une ou plusieurs techniques de communication à distance jusqu'à, et y compris, la conclusion du contrat. »
Exécution immédiate du contrat		Le contrat peut être exécuté immédiatement et intégralement à compter de sa conclusion à la demande expresse de l'Adhérent. La cotisation dont l'Adhérent est redevable en 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
Modalité 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 certificat d'adhésion). Il doit pour cela adresser à SPVIE sa demande par lettre recommandée avec accusé de réception.</p> <p>Adresse postale : SPVIE, TSA 31008, 59952 DUNKERQUE Cedex1 Adresse courrier électronique : gestion@spvie.com</p> <p>Le contrat ne doit pas avoir été conclu dans le cadre d'une activité professionnelle.</p>	

Modèle	<p>Je soussigné(e) (nom et prénom de l'Adhérent), demeurant à (domicile principal) ai l'honneur de vous informer que je renonce à mon adhésion au contrat SPVIE Santé Malin N° (numéro d'adhésion) que j'ai signé le (date).</p> <p>(Si des cotisations ont été versées) Je vous prie de me rembourser l'intégralité des sommes versées, déduction faite de la cotisation imputable au prorata de la période de garantie.</p> <p>(En cas de commercialisation à distance) Je m'engage, pour ma part, à rembourser le montant des prestations qui ont pu m'être versées. (Indiquez le lieu, la date et votre signature).</p>	
Perte de la faculté de renonciation	Si l'Adhérent a connaissance d'un sinistre mettant en jeu la garantie.	
Conséquence 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

## Article 28 - Fausse déclaration

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

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

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

## Article 29 - Déchéance

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

s'il fait volontairement une fausse déclaration de sinistre ou à l'occasion d'un sinistre, portant sur la date, la nature, les causes, les circonstances ou les conséquences du sinistre, s'il fournit ou utilise sciemment des renseignements ou des documents inexacts, fabriqués ou falsifiés comme justificatifs ou use d'autres moyens frauduleux en vue d'obtenir le versement des prestations.

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

## Article 30 - Juridiction compétente

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