Notice d’Information



ASSURANCE

Santé individuelle des Professionnels de la santé

Association de Prévoyance des Professionnels Européens - Publiée au Journal Officiel sous le numéro N.R.A w332007903 22 avenue des Mondaults 33270 Floirac - [appe@classurances.com](mailto:appe@classurances.com)

L’APPE est le souscripteur du contrat collectif à adhésion facultative, assuré par MADP Assurances

***Sommaire***

***Lexique***

1. – Présentation du contrat d’assurance de groupe 6
   1. [Cadre juridique : Contrat « solidaire » et « responsable » 6](#_TOC_250015)
   2. [Objet du contrat 6](#_TOC_250014)
   3. [Modalités d’adhésion 6](#_TOC_250013)
   4. [Entrée en vigueur et modification des garanties 7](#_TOC_250012)
   5. [Assurance des nouveau-nés 8](#_TOC_250011)
   6. [Étendue territoriale des garanties 8](#_TOC_250010)
   7. [Cas où la garantie ne s’exerce pas 8](#_TOC_250009)
2. – La vie des contrats 8
   1. [Vos déclarations 8](#_TOC_250008)
   2. [Conclusion et prise d’effet 9](#_TOC_250007)
   3. [Résiliation 9](#_TOC_250006)
   4. [La cotisation 9](#_TOC_250005)
   5. [Règlement des prestations 10](#_TOC_250004)
   6. [Subrogation 10](#_TOC_250003)
   7. [Prescription 10](#_TOC_250002)
   8. Droit de communication et de rectification (loi 78.17 du 6 janvier 1978 modifiée) 11
   9. [Examen des réclamations 11](#_TOC_250001)
   10. [Contrôle des assurances 11](#_TOC_250000)

Madame, Monsieur,

**Vous remplissez les conditions pour bénéficier du régime de déduction fiscale dit « Madelin »**

Votre adhésion au contrat d’assurance de groupe à adhésion facultative N° A5224-001 souscrit par l’association APPE, Association de Prévoyance des Professionnels Européens, auprès de la MADP, Mutuelle d’Assurance des Pharmaciens, dans le cadre de la loi du 11 février 1994 dite loi

«Madelin » est composée :

* de la présente notice d’information qui définit le fonctionnement du contrat et expose les différentes garanties possibles ;
* du Certificat Personnel d’Adhésion stipulant l’identité des personnes assurées et la formule de garantie que vous avez choisie.

Pour bénéficier de ce régime fiscal vos garanties doivent s’inscrire dans le cadre du dispositif législatif des contrats responsables qui répondent à l’ensemble des conditions mentionnées à l’article L. 871-1 du Code de la Sécurité Sociale et ses textes réglementaires d’application

**Vous ne bénéficiez pas du régime « Madelin »**

Le contrat N° A5224-002 est composé :

* de la présente notice d’information qui définit le fonctionnement du contrat et exposent les différentes garanties possibles ;
* un Certificat Personnel d’Adhésion stipulant l’identité des personnes assurées et la formule de garantie que vous avez choisie.

La loi applicable au présent contrat est la loi française, notamment le Code des assurances.

En accord avec l’association, nous nous engageons à utiliser pendant toute la durée du contrat la langue française.

***Lexique***

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

## *Accident*

Toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l’assuré prove- nant exclusivement de l’action soudaine et imprévisible d’une cause extérieure.

## *Acte de terrorisme*

L’assureur se fonde sur l’article 421-1 du Code pénal. Toute évolution sera applicable au présent contrat.

Constituent des actes de terrorisme, lorsqu’elles sont intentionnellement en relation avec une entreprise individuelle ou collective ayant pour but de troubler gravement l’ordre public par l’intimidation ou la terreur, les infractions suivantes :

* 1° les atteintes volontaires à la vie, les atteintes volontaires à l’intégrité de la personne, l’enlèvement et la séquestration ainsi que le détournement d’aéronef, de navire ou de tout autre moyen de transport, définis par le livre II du présent code ;
* 2° les vols, les extorsions, les destructions, dégradations et détériorations, ainsi que les infractions en matière informatique définis par le livre III du présent code ;
* 3° les infractions en matière de groupes de combat et de mouvements dissous définies par les articles 431-13 à 431-17 et les infractions définies par les articles 434-6 et 441-2 à 441-5 ;
* 4° les infractions en matière d’armes, de produits explosifs ou de matières nucléaires définies par le I de l’article L. 1333-9, les articles L. 1333-11 et L. 1333-13-2, le II des articles L.1333-13-3 et L. 1333- 13-4, les articles L. 1333-13-6, L. 2339-2, L. 2339-5, L. 2339-8 et L. 2339-9 à l’exception des armes de la 6e catégorie, L. 2339-14, L. 2339-16, L. 2341-1, L. 2341-4, L. 2341-5, L. 2342-57 à L. 2342-62, L. 2353-4, le 1° de l’article L. 2353-5 et l’article L. 2353-13 du Code de la défense ;
* 5° le recel du produit de l’une des infractions prévues aux 1° à 4° ci- dessus ;
* 6° les infractions de blanchiment prévues au chapitre IV du titre II du livre III du présent code ;
* 7° les délits d’initié prévus à l’article L. 465-1 du Code monétaire et financier.

## *Adhérent / Sociétaire*

La personne physique signant la demande d’adhésion au contrat d'assu- rance souscrit par l'Association, désignée au Certificat Personnel d’Adhésion, qui acquitte les cotisations et ainsi fait accéder aux garanties dudit contrat. Tout Adhérent au contrat d’assurance est de fait So- ciétaire de la MADP Assurances. L’adhésion à l’Association APPE et à ses statuts résulte automatiquement de l'adhésion au présent contrat d'assurance.

## *Assuré(s)/bénéficiaire(s)*

La ou les personne(s) garantie(s) par le contrat et désignée(s) au certifi- cat personnel d’adhésion.

## *Attentat*

L’assureur se fonde sur l’article 412-1 du Code pénal. Toute évolution sera applicable au présent contrat.

Constitue un attentat le fait de commettre un ou plusieurs actes de violence de nature à mettre en péril **les institutions de la République** ou **à porter atteinte à l’intégrité du territoire national**

## *Avenant*

Modification de l’adhésion et document matérialisant cette modification.

## *Adhésion*

Elle est concrétisée par :

* La délivrance du certificat personnel d’adhésion
* Elle obéit à la présente notice d’information quant au contenu de la Convention d’assurance de groupe passée entre l’Association APPE et l’Assureur ainsi qu’à d’éventuelles dispositions particulières.

## *Assureur*

MADP ASSURANCES pour l’ensemble des garanties

## *Base de remboursement (BR)*

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

On parle de :

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

## *Catégories de médecins*

Il existe plusieurs catégories de médecins selon qu’ils aient adhérés ou non aux conventions nationales entre leur profession et les régimes obligatoires d’assurance maladie

* ***Médecin conventionné en secteur 1 :*** il s’est engagé à pratiquer les honoraires fixés par la convention médicale dont il dépend et qui correspondent à la base de remboursement du ré- gime obligatoire
* ***Médecin conventionné en secteur 1 avec dépassement per- manent (DP) :*** en raison de ses titres, il a reçu l’autorisation de pratiquer des dépassements dans certaines conditions. Ces dépassements ne sont pas remboursés par le régime obligatoire.
* ***Médecin conventionné en secteur 2 :*** il est autorisé à pratiquer des honoraires libres à condition qu’ils soient fixés a v e c « tact et mesure

». Ces dépassements ne sont pas remboursés par le régime obligatoire. Cette possibilité de facturer des dépas- sements est aussi accordée aux chirurgiens-dentistes sur les tarifs des prothèses dentaires et de l ’ o r t h o d o n t i e .

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

* En souscrivant à l'option pratique tarifaire maîtrisée (anciennement contrat d'accès aux soins) définie par la convention médicale, le médecin peut pratiquer des dépassements d'honoraires mais il s'engage à modérer et stabiliser ses tarifs.
* ***Médecin non conventionné :*** il a choisi de se dégager person- nellement de la convention. Il fixe lui-même son tarif. Les actes sont remboursés sur la base du tarif d’autorité

## *Certificat personnel d’adhésion*

Après réception de l’Adhésion et son acceptation, l’Assureur remet à l’adhérent une confirmation d’adhésion numérotée concrétisée par les dispositions particulières fixant la nature et le montant des garanties conférées sur chaque tête assurée.

## *Conjoint*

On entend par conjoint :

* l’époux(se) de l’adhérent non divorcé(e) et non séparé(e) judiciairement

;

* le partenaire lié par un Pacs (pacte civil de solidarité) tel que défini à l’article 515-1 du Code civil ;
* le concubin de l’adhérent.

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

## *Date d’échéance principale*

Date de renouvellement de l’adhésion et date à partir de laquelle la cotisation est due pour l’année d’assurance à venir. Elle est fixée au 1er janvier de chaque année.

## *Date d’effet*

Date à laquelle débute l’adhésion. Elle est indiquée sur votre Certificat Personnel d’Adhésion.

## *Déchéance*

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

## *Délai d’attente*

Période durant laquelle les garanties ne sont pas encore en vigueur, tout événement survenant pendant le délai d’attente ne sera pas garanti. Le point de départ de cette période est la date d’effet indiquée au Certifi- cat Personnel d’Adhésion.

## *Dépassement d’honoraires*

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

## *Domicile*

Lieu de résidence principale ou adresse du souscripteur, de l’adhérent ou de l’assuré précisé au certificat personnel d’adhésion.

## *Échéance*

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

## *Enfant(s)*

Sont définis comme tels les enfants légitimes, naturels, reconnus ou adoptés:

* + Agés de moins de 18 ans, ou de moins de 31 ans s’ils poursui- vent leurs études et bénéficient d’un régime de Sécurité sociale étudiant
  + attachés au foyer fiscal de l’adhérent
  + Ou auxquels ce dernier verse une pension alimentaire en appli- cation d’une décision de justice

## *Etudiant*

Etudiants âgés de moins de 31 ans, poursuivant des études médicales ou paramédicales et bénéficiant d’un régime de Sécurité sociale étudiant.

## *Franchise médicale*

En vigueur depuis le 1er janvier 2008, c’est une somme d’argent qui est déduite par la Sécurité Sociale de chacun des remboursements de l’assu- ré social (à l’exception des jeunes de moins de 18 ans, des bénéficiaires de la CMU complémentaire et de l’Aide médicale de l’Etat, des femmes enceintes durant toute la durée de la grossesse).

Elle s’élève à :

* + 0.50 euro par boîte de médicaments délivrés en ville ;
  + 0.50 euro par acte par un auxiliaire médical en ville, sans pouvoir excéder 2 euros par jour ;
  + 2 euros par transport effectué en véhicule sanitaire hors urgence, sans pouvoir excéder 4 euros par jour.

Ces franchises sont décomptées dans la limite d’un plafond annuel qui ne pourra pas excéder 50 euros par personne.

Les franchises médicales ne sont pas prises en charge par le contrat.

## *Hospitalisation*

Séjour en qualité de patient prescrit par un médecin dans une clinique ou un hôpital public ou privé, dès lors que ce séjour a pour objet le traitement médical ou chirurgical d’une maladie, d’un accident ou d’une maternité.

## *Maladie*

Toute altération de la santé constatée par une autorité médicale compé- tente.

## *Maternité*

L’état de grossesse, l’interruption de grossesse (sauf interruption volon- taire de grossesse), l’accouchement, les suites de couche ainsi que les complications pathologiques de ces événements.

## *Nomenclatures des actes de la Sécurité sociale*

Elles listent les actes et biens médicaux remboursables et servent de base pour les calculs des remboursements des régimes obligatoires et complémentaires.

Les nomenclatures utilisées sont la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP), la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM), la Liste des Produits et Prestations (LPP) et la Table Nationale de Biologie (TNB).

## *Nous*

Désigne la société d’assurance mentionnée au certificat personnel d’adhésion.

## *Nullité*

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

## *Participation Forfaitaire*

En vigueur depuis le 1er janvier 2005, la participation forfaitaire est une somme de 1 euro laissée à la charge du patient pour tous les actes et consultations réalisés par un médecin, ainsi que pour tous les actes de biologie et de radiologie. Cette participation est due par tous les assurés sociaux à l’exception :

* + des enfants de moins de 18 ans ;
  + des femmes enceintes à partir du 6ème mois de grossesse ;
  + et des bénéficiaires de la couverture maladie universelle complé- mentaire (CMU-C) ou de l’Aide médicale de l’Etat (AME).

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

*Parcours de soins*

Il s’agit du circuit que les patients doivent respecter pour être remboursés

«normalement». Il consiste à déclarer un médecin traitant auprès de l’assurance maladie obligatoire et le consulter en priorité ou à consulter un médecin correspondant sur orientation de son médecin traitant. Cer- tains médecins spécialistes peuvent être consultés sans pour autant passer par le médecin traitant (gynécologues, ophtalmologues, stomatologues, psychiatres et neuropsychiatres pour les enfants de moins de 26 ans).

## *Régime obligatoire*

Le régime obligatoire d’assurance maladie de sécurité sociale français auprès duquel sont affiliés les assurés du contrat.

## *Résiliation*

C’est la cessation des effets du contrat ou de l’adhésion.

## *Sinistre*

L’événement, la maladie ou l’accident, mettant en jeu la garantie, alors que le contrat est en vigueur.

## *Souscripteur*

L’association souscriptrice du contrat, présentement l’APPE.

## *Ticket modérateur – TM*

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

## *Transport*

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

## *Verres complexes*

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

## *Verres hypercomplexes*

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

## *Verres mixtes*

Verres avec au moins un verre complexe ou hypercomplexe.

## *Verres simples*

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

## *Vous*

Désigne l’adhérent.

**1–Présentation du contrat d’assurance de groupe**

# Cadre juridique : Contrat « solidaire » et« responsable »

Notice d’information relative aux contrats collectifs à adhésion faculta- tive N° A5224-001 (Madelin) et N° A5224-002 (Non Madelin)

* + souscrit par APPE, ASSOCIATION DE PREVOYANCE DES PRO-

FESSIONNELS EUROPEENS, ci-après dénommée « Association », Association publiée au Journal Officiel le 07/02/2009 sous le n° 20090006 Déclarée à la Préfecture de la Gironde sous le N.R.A. W332007903 SIEGE SOCIAL : 22 AVENUE DES MONDAULTS 33270 FLOIRAC

* + auprès de la MADP Assurances, Société d’assurance Mutuelle à cotisations fixes, Entreprise régie par le Code des assurances.

Siège de la société : PARIS 8ème – 44 Avenue George V - TSA 10105

* + La gestion des adhésions au contrat, par accord entre l’Association et l’Assureur et par délégation de l’Assureur, est effectuée par CEGEMA.S.A., centre de gestion et de courtage d’assurances - au Capital de 300 000 € - RCS Antibes B 378 966 485 - N° Orias : 07 001

328 Siège : 679, avenue du Docteur Julien Lefebvre B.P 189 06272 Villeneuve Loubet Cedex, ci-après : "le délégataire".

Le contrat respecte l’ensemble des conditions posées par les pouvoirs Publics pour répondre à la définition de contrat « solidaire » et de con- trat

« responsable ».

**Par contrat « solidaire »,** on entend un contrat d’assurance complé- mentaire santé pour lequel aucun questionnaire médical n’est demandé aux assurés ni lors de l’adhésion, ni en cours de cette adhésion et dont les cotisations ne sont pas fixées en fonction de l’état de santé des personnes assurées.

**Par contrat « responsable »**, on entend un contrat d’assurance com- plémentaire santé qui répond à l’ensemble des conditions mentionnées à l’article L. 871-1 du Code de la Sécurité Sociale et ses textes régle- mentaires d’application.

A ce titre, en terme de garantie :

## *Interdiction de prise en charge*

* Il ne peut pas prendre en charge la majoration du ticket modé- rateur de la Sécurité sociale en cas de non-respect du parcours de soins, prévue aux articles L. 162-5-3 du Code de la Sécurité sociale ;
* Il ne peut pas prendre en charge la contribution forfaitaire et la franchise médicale prévues aux II et III de l’article L. 160.13 du Code de la Sécurité sociale ;
* Il doit laisser à la charge des assurés une part forfaitaire sur le dépassement d’honoraires des spécialistes consultés en de- hors du parcours de soins, prévu au point 18 de l’article L. 162-5 du Code de la Sécurité sociale.

## *Règles de prise en charge*

* Il doit prendre en charge le ticket modérateur pour tous les actes prévus à l’article L160-5 du code de la Sécurité Sociale, à l’exclusion

: des médicaments remboursés à hauteur de 35% ou 15% par l’Assurance maladie, de l’homéopathie, des cures thermales.

* Il doit prendre en charge, sans limite de durée, l’intégralité du forfait journalier hospitalier mentionnée à l’article L.174-4 du Code de la Sécurité Sociale (sauf en établissements médico- sociaux),
* Il doit prévoir un encadrement des dépassements d’honoraires quand ils sont prévus dans le contrat,
* Il doit permettre à l'assuré de pouvoir bénéficier, au moins à hauteur des tarifs de responsabilité, du mécanisme de tiers payant sur les garanties.
* Il doit prévoir un plafond et un plancher sur les frais d’optique.

Les garanties de votre contrat sont conformes avec ces dispositions. En cas d’évolutions législatives et réglementaires effectuées dans ce cadre, les garanties du contrat seront mises en conformité après information préalable, sauf refus exprimé de votre part (article L. 112-3 alinéa 5 du Code des assurances).

En tout état de cause, aucune exclusion (article 7) ne peut être oppo- sée à la prise en charge des frais dans le cadre des obligations de cou- verture précisées ci-dessus.

# Objet du contrat

Le contrat MADP Santé a pour objet de vous garantir le remboursement de frais médicaux, chirurgicaux et / ou d’hospitalisation occasionnés par l’un des événements suivants :

* maladie ;
* maternité ;
* accident,

constatés médicalement et survenus postérieurement à la prise d’effet des garanties en complément des prestations versées par votre régime obligatoire ou de prestations non couvertes par votre régime obligatoire mais prévues par les garanties souscrites.

Les frais engagés doivent faire l’objet d’une prescription et avoir donné lieu à un remboursement de la Sécurité sociale. Certains frais non pris en charge par la Sécurité sociale peuvent faire l’objet d’un rembourse- ment s’ils sont prévus au Certificat Personnel d’Adhésion.

Les dépenses de santé remboursées doivent correspondre à des soins ayant débuté postérieurement à la date d’effet du contrat ou de l’adhé- sion et durant la période garantie.

Les remboursements dépendent des garanties choisies et indiquées au Certificat Personnel d’Adhésion. Ils ne peuvent en aucun cas être supé- rieurs aux dépenses réelles.

Vous pouvez également bénéficier de garanties d’assistance si cette garantie est prévue et mentionnée aux dispositions personnelles.

Leurs conditions de prise en charge sont précisées dans la convention d’assistance santé dont la référence est mentionnée au Certificat Per- sonnel d’Adhésion.

# Modalités d’adhésion

Pour adhérer au contrat, vous devez :

* + être membre de l’association souscriptrice du contrat (adhésion moyennant le paiement d’un droit unique d’adhésion),
  + résider en France, ou dans les Outre-Mer,
  + être âgé de moins de 62 ans à la prise d’effet de l’adhésion
  + être assujetti à un Régime Obligatoire, en tant qu’assuré social ou ayant-droit,
  + avoir le statut de Travailleur Non-Salariés
  + être à jour des cotisations au titre des régimes légaux obligatoires
  + être une personne physique ou représentants de personnes morales, exerçant une activité médicale ou paramédicale reconnue par un di- plôme d’Etat.

Peuvent également être assurés au titre de votre adhésion, votre conjoint et vos enfants, ayant droit aux prestations en nature d’un Régime d’Assurance Maladie obligatoire français Ils sont alors inscrits au Certificat d’adhésion et désignés dans la présente notice d’information par le terme

« Ayants droit ». Les assurés doivent par ailleurs être affiliés auprès d’un Régime obligatoire en tant qu’assuré social ou ayant droit.

Tous les bénéficiaires membres d’une même famille doivent relever du même type d’adhésion et ne peuvent être garantis que sur les bases de la même formule.

Dans les conditions et limites de la garantie choisie, mentionnées au Certificat Personnel d’Adhésion et reprises au tableau de garanties, le contrat garantit :

* + - le remboursement des frais médicaux ;
    - le versement d’indemnités forfaitaires ;
    - Services complémentaires : CARTE BLANCHE.

## *Détail des garanties*

**L’hospitalisation**

* + - les frais de séjour,
    - les interventions chirurgicales,
    - les actes d’anesthésie et d’obstétrique,
    - l’hospitalisation à domicile,
    - les frais de transport du malade ou de l’accidenté à l’exclusion de la maternité et des cures
    - le forfait hospitalier pour une durée illimitée,
    - la chambre particulière pour une durée illimitée sauf pour les séjours de convalescence, rééducation, réadaptation fonction- nelle, psychiatrie ou neuropsychiatrie limités à 30 jours
    - le remboursement des frais de télévision pendant quinze jours par évènement, en cas d’hospitalisation,
    - le remboursement des frais d’accompagnement, en cas d’hospi- talisation d’un assuré accompagné par son conjoint ou un en- fant dans les limites du plafond journalier prévu,
    - le versement d’une allocation forfaitaire à l’assuré (e) par mater- nité ou par adoption et par enfant avec application d’un délai d’attente de 12 mois et selon les garanties choisies et indiquées au Certificat Personnel d’Adhésion

**Le dentaire**

* + - les soins dentaires, la prophylaxie, la parodontologie et la pré- vention remboursés par la Sécurité sociale,
    - les inlays et onlays remboursés par la Sécurité sociale,
    - l’orthodontie remboursée par la Sécurité sociale,
    - les prothèses dentaires et inlay-cores remboursés par la Sécuri- té sociale dans la limite des plafonds indiqués au Certificat Per- sonnel d’Adhésion,
    - les frais dentaires non remboursés par la Sécurité sociale, y compris, l’implantologie, les prothèses, l’orthodontie, la paro- dontologie dans les limites des montants indiqués au Certificat Personnel d’Adhésion.

**L’optique**

* + - les verres,
    - la monture,
    - les lentilles cornéennes remboursés ou non par la Sécurité sociale,)
    - la chirurgie réfractive.

Pour répondre aux critères des contrats « responsables », il est prévu de rembourser un équipement (monture + verres) par période de deux ans d’assurance sauf pour les enfants de moins de 18 ans ou en cas d’évolution de la vue pour lesquels le remboursement pourra être an- nuel dans la limite du forfait correspondant aux garanties choisies et indiquées au Certificat Personnel d’Adhésion.

**La médecine courante**

* + - les consultations et visites,
    - les actes pratiqués par les auxiliaires médicaux,
    - les analyses et examens de laboratoires,
    - les actes de radiologie, d’imagerie, d’échographie,
    - les actes de spécialité : les actes techniques médicaux (ATM),

**La pharmacie**

Les médicaments et l’homéopathie remboursée par la Sécurité sociale.

**Les cures thermales**

* + - Les cures thermales remboursées par la Sécurité sociale,
    - Le versement d’un forfait par an et par bénéficiaire, en cas de cure thermale prise en charge par la Sécurité sociale dans la limite du forfait correspondant aux garanties choisies et indiquées au

Certificat Personnel d’Adhésion.

Le versement des forfaits est effectué dans la limite des frais réellement engagés et sur justificatifs.

**Les prothèses et les appareillages**

* + Les prothèses auditives, orthopédiques et capillaires,
  + Le versement d’un forfait annuel et par bénéficiaire pour les prothèses capillaires et auditives remboursées par Sécurité sociale dans la limite du forfait correspondant aux garanties choisies et indiquées au Certificat Personnel d’Adhésion.

Pour chaque assuré, sont couvertes les dépenses de santé engagées entre les dates d’effet et de résiliation de sa garantie. Servent de réfé- rence, la date des soins retenue par le régime obligatoire pour les actes remboursés par la Sécurité sociale, la date de prescription médicale pour les actes non pris en charge par le régime obligatoire et pour l’op- tique la date de facturation de l’équipement. Les dates de proposition, d’exécution et de paiement des actes et travaux dentaires doivent se situer dans la période de garantie.

## *Les services complémentaires*

## *Les services proposés par Carte Blanche Partenaires*

La garantie santé est complétée par des services innovants et perfor- mants, détaillés ci-dessous, qui répondent à un certain nombre de cri- tères objectifs, d’exigence et de qualité de services.

La dispense d’avance de frais (tiers payant) pour de nombreuses dé- penses de santé auprès des professionnels de santé partenaires :

En pharmacie, laboratoire, kinésithérapie, transports sanitaires, optique, radiologie, soins externes en établissements, la pris en charge peut être obtenue sur simple présentation de votre attestation de tiers payant Carte Blanche Partenaires en cours de validité.

En dehors du parcours de soins, le tiers payant n’est pas possible ;

En hospitalisation, dentaire, audioprothèse, la prise en charge peut être accordée sur simple appel au numéro indiqué sur votre carte de tiers payant Carte Blanche Partenaires.

Vous demeurez naturellement libre de consulter un professionnel de santé hors du réseau Carte Blanche Partenaires, hors des conditions spécifiques précisées ci-dessus.

Des actions organisées par L’Association Carte Blanche Asso dont les adhérents sont bénéficiaires et qui leurs permettent d’obtenir de l‘information en matière de santé et de prévention par téléphone, de recevoir la lettre d’information santé, d’avoir un accès personnalisé au site d’information prévention santé :

[*www.carteblanchepartenaires.fr,*](http://www.carteblanchepartenaires.fr/)de participer à des programmes de prévention tels que le coaching arrêt du tabac ou coaching nutrition, de participer également à des enquêtes sur vos attentes et besoins en matière de santé.

Pour connaître les professionnels de santé partenaires de Carte Blanche Partenaires, il vous suffit d’appeler le numéro figurant sur votre attestation de tiers payant, ou de consulter le site [*www.carteblanchepartenaires.fr,*](http://www.carteblanchepartenaires.fr/)muni de votre identifiant et mot de passe envoyés avec votre attestation de tiers payant Carte Blanche Partenaires.

# Entrée en vigueur et modification des garanties

Toute augmentation ou réduction de garantie ne peut se faire qu’à l’échéance principale de l’adhésion (1er janvier) après un an d’assurance. L’entrée en vigueur des garanties, ainsi que les augmentations de ga- rantie et les extensions d’assurance prévues par avenant, dépend de la formule choisie.

Aucun délai d’attente sur l’ensemble des garanties Santé à l’exception de l’Allocation naissance / adoption pour laquelle le délai est de 12 mois (douze mois). Toute naissance survenue pendant cette période ne donnera pas lieu à paiement de la dite allocation.

Ce délai peut être abrogé en cas de reprise à la concurrence sur pré- sentation d’un certificat de radiation si les garanties sont équivalentes.

# Assurance des nouveau-nés

Le nouveau-né peut être assuré immédiatement et garanti sans délai d’attente, si la demande d’adhésion munie d’un bulletin de naissance, nous parvient dans le mois qui suit sa naissance.

Dans les autres cas, la garantie du nouveau-né prendra effet à la date de réception de la demande d’extension. Les délais d’attente seront applicables.

Si la naissance intervient dans les 12 mois suivant la date d’effet de l’adhésion au contrat, le forfait maternité sera versé prorata temporis de la durée d’assurance écoulée.

# Étendue territoriale des garanties

En fonction de la formule de garanties, le remboursement total ou par- tiel des dépenses de santé en cas de maladie, accident ou maternité réalisées en France métropolitaine, dans les départements et Régions d’Outremer (DOM-ROM) peut être garanti conformément au détail des garanties accordées au certificat personnel d’adhésion.

Sauf dispositions contraires, cette garantie est subordonnée à la prise en charge des dépenses de santé par le régime légal d’assurance maladie obligatoire de l’Assuré.

Les soins dispensés à l’occasion d’un déplacement à l’étranger ne sont couverts qu’en compléments des prestations versées par le régime légal de l’Assuré. Les règlements sont effectués en France et en euros.

# Cas où la garantie ne s’exerce pas

**Les maladies et accidents ainsi que leurs suites et conséquences résultant :**

* **d’un acte intentionnel de l’assuré ;**
* **de l’usage de drogues ou de stupéfiants non médicalement prescrits ;**
* **de l’alcoolisme, de l’ivresse ou de la démence ;**
* **de la participation de l’assuré à des rixes sauf légitime defense ;**
* **de la guerre étrangère, de la guerre civile ;**
* **de la participation active de l’assuré à des émeutes et mouvements populaires, à des actes de terrorisme et de sabotage;**
* **de cataclysme ;**
* **de la désintégration du noyau atomique, de l’émission de radiation ionisante et tout phénomène de radioactivité.**

**Sont également exclus de la garantie :**

**– les maladies médicalement constatées ou accidents survenus à l’occasion du service national ou de périodes militaires supé- rieures à un mois ;**

* **les hospitalisations et séjours en établissement, centre ou service dit de long séjour ;**
* **les traitements esthétiques non consécutifs à un accident garanti;**
* **les frais de diététique (hospitalisation et traitements) ;**
* **les cures de rajeunissement, sommeil et amaigrissement ainsi que leurs suites ;**
* **les traitements par psychanalyse ;**
* **les frais de voyage et de séjour en établissement thermal, en établissement médico-social, en établissement à carac- tère sanitaire, de vacances, en aérium, home d’enfants ;**
* **la pratique des sports à titre professionnel ou à titre ama- teur avec compétitions au niveau national ou international ainsi que les entraînements y afférent ;**

**en ce qui concerne la montgolfière, le parachutisme ama- teur, le vol à voile et le pilotage amateur d’un aéronef de tourisme ou d’un hélicoptère, la garantie de l’assureur reste acquise sous réserve de posséder les brevets et/ou licences requis.**

**Pour le pilotage amateur, les phases d’ap- prentissage (stages en club agréé sont soumises à l’accep- tation préalable de l’assureur)**

* + **la pratique des sports mécaniques et aériens (y compris alpinisme, spéléologie)**
  + **les conséquences d’une maternité non pathologique**
  + **les blessures provenant de paris, courses et matches comportant l’utilisation des véhicules terrestres à moteur**
  + **les accidents résultant de l’utilisation en qualité de passa- ger de tout appareil de navigation aérienne, privé ou ap- partenant à une société non spécialisée dans le transport aérien, à un aéro-club ou un particulier**
  + **frais engagés avant la date d’entrée en vigueur et après celle de cessation des garanties**
  + **frais engagés pendant les périodes d’attente correspon- dant au délai de carence**
  + **frais de transport du médecin**
  + **l’hospitalisation à domicile à l’exception des actes codi- fiés HAD.**

**Toutefois en cas de survenance d’un des événements mentionnés ci- dessus la garantie prendra en charge le remboursement des frais prévus à l’article R871-2 du Code de la Sécurité sociale à hauteur des limites minimales qui y sont précisées.**

**I – La vie des contrats**

# Vos déclarations

## *À l’adhésion*

Le contrat est établi d’après vos déclarations et la cotisation fixée en conséquence.

Vous devez répondre à l’adhésion avec précision aux questions et demandes de renseignement figurant dans le bulletin d’adhésion.

## *En cours de contrat*

Vous devez nous déclarer toutes les modifications suivantes :

* + changement de la composition de la famille (naissance, mariage, décès) ;
  + toute modification des éléments renseignés dans le bulletin d’adhésion d’assurance cessation ou changement d’affiliation d’un des assurés au régime obligatoire ;
  + tout changement de domicile ou fixation hors de France métropolitaine.

## *À l’adhésion ou en cours d’adhésion*

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

Les déclarations en cours de contrat doivent être faites par lettre re- commandée adressée à notre siège social ou à notre représentant conformément aux dispositions de l’article L. 113-2 du Code des assu- rances.

La circonstance nouvelle doit être déclarée par l’assuré dans un délai de 15 jours à partir du moment où il en a eu connaissance.

**Toute réticence, fausse déclaration intentionnelle, toute omission ou déclaration inexacte entraîne l’application des sanctions pré- vues par le Code des assurances.**

**article L. 113-8 – Nullité du contrat ;**

**article L. 113-9 – Réduction des indemnités.**

# Conclusion et prised’effet

## *Conclusiondel’adhésion*

L’adhésion est conclue par l’accord entre l’adhérent et nous, l’assureur. La date de conclusion de l’adhésion est celle du Certificat Personnel d’Adhésion qui est transmis àl’adhérent.

## *Prise d’effet*

L’adhésion produira ses effets le lendemain à midi du jour du paiement de la première cotisation ou fraction de cotisation et au plus tôt à la date fixée au Certificat Personnel d’Adhésion. Les mêmes dispositions s’appliquent à tout avenant au contrat ou à l’adhésion.

## *Durée*

L’adhésion est conclue pour une durée annuelle. Elle se renouvelle ensuite au 1er janvier de chaque année (échéance principale), sauf résiliation par vous ou par nous dans les formes et conditions qui suivent.

# Résiliation

## *Par vous*

En cas d’exercice de votre droit à renonciation dans le cadre et dans les condi- tions prévus par les articles L. 112-9 et L. 112-2-1 du Code assurances et les articles L. 121-20-8 et suivants du Code de la consommation.

Chaque année, à l’échéance principale de l’adhésion moyennant préavis d’au moins deux mois.

En cas de changement de domicile, de situation ou de régime matrimonial, de profession, de retraite professionnelle ou cessation d’activité professionnelle, **si les risques garantis sont en relation directe avec la situation antérieure et ne se retrouvent pas dans la situation nouvelle.** La résiliation doit intervenir dans les 3 mois suivant l’événement et prend effet un mois après sa notification. En cas d’augmentation de votre cotisation annuelle supérieure à la variation de l’indice, selon les dispositions du paragraphe 4.2. L’ajustement de la cotisation en fonction de l’âge ne constitue pas un motif de résiliation.

## *Par nous*

Chaque année pour :

* non-paiement des cotisations ;
* réticence ou fausse déclaration à la souscription, à l’adhésion ou en cours de contrat ;
* fraude ou tentative de fraude pour obtenir des prestations indues : la résiliation prend alors effet 10 jours après sa notification.

## *De plein droit*

* En cas de décès de l’adhérent.

Si d’autres assurés sont garantis, l’adhésion est maintenu jusqu’à la prochaine échéance à partir de laquelle il sera adapté.

* En cas de retrait de l’agrément de l’Assureur

## *Forme de la résiliation* Par vous

Dans tous les cas où vous avez la faculté de demander la résiliation, vous pouvez le faire :

* soit par lettre recommandée à notre siège social ou auprès de votre Centre National de Relation Clients ; la résiliation prendra effet au jour de la réception de la lettre recommandée par la compagnie ;
* soit en effectuant une déclaration contre récépissé à notre siège social

;

* soit par acte extra-judiciaire.

La résiliation pour l’un des événements repris au 3ème alinéa du paragraphe 3.1 devra être effectuée par lettre recommandée, en indiquant la nature de l’évé- nement justifiant cette résiliation.

## *Par nous*

La résiliation doit être notifiée par lettre recommandée au dernier domicile connu de nous.

Dans le cas de résiliation au cours de la période annuelle d’assurance, la cotisation payée vous sera remboursée au prorata de la période non courue, sauf dans les cas ci-dessous :

* non-paiement des cotisations ;
* réticence ou fausse déclaration à la souscription, à l’adhésion ou en cours de contrat ;
* fraude ou tentative de fraude pour obtenir des prestations indues.
  1. ***Conséquences de la résiliation sur le droit aux prestations*** Les prestations sont dues, pour les soins et traitements en cours, jusqu’à la date d’effet de la résiliation.

## *Conséquences en cas d’exercice du droit à renonciation*

## *En cas d’exercice du droit à renonciation, dans le cadre de* l’article L. 112-9 du Code des assurances

* Dès lors qu’il a connaissance d’un sinistre mettant en jeu la garantie, l’adhérent ne peut plus exercer ce droit de renonciation.
* En cas de renonciation l’assureur procédera au remboursement des cotisations dans le délai de 30 jours suivant la date de résiliation, déduction faite du montant correspondant à la durée où le contrat a effectivement produit ses effets.
* 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.

## *En cas d’exercice du droit à renonciation dans le cadre des* articles L. 112-2-1 du Code des assurances et L. 121-20-8 et suivants du Code de la consommation (commercialisation à distance)

* L’adhésion peut être exécutée 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 renonciation est égale au prorata de la cotisation annuelle pour la période écou- lée entre la conclusion de l’adhésion et l’éventuelle rétractation.
* Si des prestations ont été versées, l’adhérent s’engage à rembourser à l’assu- reur les montants perçus dans un délai de 30 jours.
* 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 30 jours.

1. **La cotisation**

## *Déterminationdelacotisationannuelle*

A l’adhésion au contrat et en cas de modification en cours d’adhésion, la cotisa- tion est déterminée en fonction de l’âge de l’Assuré à la date d’effet de la garantie, du choix de la formule et du nombre de personnes assurées sur le contrat.

L’ajustement des cotisations en fonction de l’âge ne constitue pas un motif de résiliation. La cotisation peut varier en cas de changement de domicile de l’adhérent, dès qu’il y a changement de zone géographique tarifaire.

Toute taxe (ou modification de taxe) devenant applicable au contrat sera auto- matiquement répercutée sur les cotisations d’assurance à la date de son entrée en vigueur.

## *Variation des cotisations*

Les cotisations d’assurance évoluent selon différents critères :

* A chaque échéance principale en fonction de l’âge atteint par l’Assuré, de 3 % jusqu’à l’âge de 59 ans et de 4 % à partir de 60 ans.
* A chaque échéance principale de l’adhésion en fonction de l’évolution des taux d’accroissement des dépenses de santé publiés par la Caisse nationale d’assurance maladie des travailleurs salariés et de la structure de nos remboursements.

Il est convenu que si les bases techniques de détermination de ces taux d’ac- croissement venaient à être profondément modifiées, un nouvel indice de variation des cotisations serait défini.

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

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

## *Révision dutarif*

L’assureur peut être amené à modifier son tarif sur une ou plusieurs formules ou sur une catégorie de risques ou de garanties.

Les révisions tarifaires interviennent à partir de l’échéance qui suit immédiatement l’événement ou à la prochaine échéance anniversaire de l’adhésion.

Dans cette hypothèse, vous aurez la faculté de résilier l’adhésion dans les trente jours suivant la date où vous aurez eu connaissance de cette modification, la résilia- tion intervenant un mois après sa notification. Vous verserez la portion de cotisation calculée sur la base du tarif précédent, au prorata du temps écoulé entre la date du dernier appel de cotisation et la date d’effet de la résiliation.

## *Paiement des cotisations*

Pour chaque année d’assurance, la cotisation est annuelle et payable d’avance. Nous pouvons accepter des paiements semestriels, trimestriels ou mensuels ; il en est alors fait mention au certificat personnel d’adhésion.

**En cas de non-paiement d’une cotisation dans les 10 jours de son échéance, indépendamment de notre droit de poursuivre l’exécution de l’adhésion en justice, nous pouvons adresser une lettre recommandée de mise en demeure et suspendre la garantie**

**30 jours après l’envoi de cette lettre. Nous pouvons résilier l’adhésion 10 jours après l’expiration de ce délai de 30 jours et réclamer la totalité de la cotisation annuelle échue.**

**L’adhésion, en cas de suspension, reprend ses effets le lendemain à midi du jour où les cotisations arriérées, les cotisations venues à échéance, les éven- tuels frais de poursuite et de recouvrement ont été payés.**

**La suspension des garanties entraîne pour chaque assuré, la perte de tout droit aux prestations se rapportant à des accidents, maladie ou maternité sur- venus pendant cettepériode.**

1. **Règlement des prestations**

## *Procédure classique*

Pour obtenir le règlement des prestations, vous devez nous faire parvenir :

* les décomptes originaux des prestations des régimes obligatoires ;
* les ordonnances, les originaux des factures de l’établissement hospitalier et les notes d’honoraires de chirurgiens ;
* les factures de frais de télévision en cas d’hospitalisation
* les notes d’honoraires et autres faits acquittés justifiant les dépenses ré- elles, y compris pour les actes non pris en charge par le régime obligatoire;
* un acte de naissance de l’enfant de l’assurée pour bénéficier de son adhé- sion gratuite la première année et/ou de l’allocation naissance/adoption, lorsque l’assuré bénéficie d’un autre régime complémentaire, les décomptes de prestations de ce régime ;
* en cas de frais d’optique, la facture détaillée établie par l’opticien ;
* en cas de frais dentaires, la facture détaillée établie par le dentiste ;
* pour le remboursement des frais d’obsèques : une copie de l’acte de décès, la facture des frais d’obsèques ;
* et une pièce établissant la qualité du bénéficiaire : photocopie du livret de famille, de la carte d’identité, du passeport ou toute autre pièce que nous estimerons nécessaire.

## *Procédure simplifiée*

Dans les départements où nous avons signé un accord avec votre caisse d’assu- rance maladie, nous vous faisons bénéficier d’un système simplifié de rembourse- ment de vos dépenses.

Directement reliés aux services informatiques des différentes caisses, nous ferons un traitement simultané du calcul de notre participation au remboursement des frais exposés et effectuerons le paiement correspondant.

Ainsi, vous n’aurez pas à nous transmettre le décompte des prestations du régime obligatoire.

Si vous ne souhaitez pas bénéficier de cette possibilité, vous devez le préciser sur le bulletin d’adhésion ou le notifier par écrit à notre siège social ou à votre Centre de relations clients. Le règlement de notre participation s’effectuera alors selon la procé- dure classique.

## *Renseignements complémentaires*

* Notre médecin-conseil peut vous demander tous renseignements complémentaires sur la maladie ou l’accident traité, et notamment de répondre à un questionnaire ou de fournir une attestation médicale.
* Vous pouvez lui communiquer ces renseignements directement.

## *Expertise*

* Sauf cas de force majeure, l’assuré malade ou accidenté doit, le cas échéant, à notre demande, se soumettre à l’examen d’un médecin mandaté par nous. L’assuré a la possibilité de se faire représenter par un médecin de son choix. Les honoraires du médecin que nous avons mandaté sont à notre charge, l’assuré conservant à sa charge ceux éventuellement exposés en cas d’assistance par le médecin de son choix.
* La décision sera communiquée à l’assuré par notre médecin-conseil.
* Si l’assuré ne l’a pas contesté dans les 30 jours, le diagnostic du médecin-conseil est considéré comme acquis. En cas de désaccord, l’assuré doit transmettre une attestation médicale contradictoire.
* Dans le cas d’avis médicaux contradictoires, les médecins désignent un expert (s’ils n’y parviennent pas, la désignation est effectuée par le président du tribunal de grande instance du lieu du domicile de l’assuré).
* Cette nomination est faite sur simple requête signée des deux parties ou d’une seulement, l’autre partie ayant été convoquée par lettre recommandée.
* Les honoraires de l’expert et les éventuels frais de sa nomination sont supportés moitié par nous, moitié par vous.
* Tant que cette expertise amiable n’a pas eu lieu, les parties s’interdisent d’avoir recours à la voie judiciaire.

## *Délais à respecter*

Toutes les pièces concernant une maladie ou un accident doivent être remises trois mois au plus tard après la date des soins.

## *Sanctions*

Si l’assuré ne respecte pas un des points précédemment énoncés, nous pouvons refuser notre remboursement.

1. **Subrogation**

En cas d’accident avec un tiers responsable, l’assureur exercera son recours conformément à l’article L. 121-12 du Code des assurances à concurrence des prestations et indemnités versées à l’assuré.

1. **Prescription**

La prescription est l’extinction d’un droit après un délai prévu par la loi. Toutes ac- tions dérivant du présent contrat sont prescrites dans les délais et termes des articles suivants du Code des assurances :

*Article L. 114-1*

Toutes actions dérivant d’un contrat d’assurance sont rescrites par deux ans à compter de l’événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

1° En cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l’assureur en a eu connaissance ;

2° En cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s’ils prouvent qu’ils l’ont ignoré jusque-là.

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

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

*Article L. 114-2*

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d’interruption de la prescription et par la désignation d’experts à la suite d’un sinistre.

L’interruption de la prescription de l’action peut, en outre, résulter de l’envoi d’une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par l’assureur à l’assuré en ce qui concerne l’action en paiement de la prime et par l’assuré à l’assureur en ce qui concerne le règlement de l’indemnité.

*Article L. 114-3*

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

*Causes ordinaires d’interruption*

Les causes ordinaires d’interruption de la prescription visées à l’article

L. 114-2 précité sont celles prévues selon les termes et conditions des articles suivants du Code civil :

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

Article 2240 du Code civil

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

*Demande en justice*

Article 2241 du Code civil

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

Article 2242 du Code civil

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

Article 2243 du Code civil

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

*Mesure conservatoire et acte d’exécution forcée*

Article 2244 du Code civil

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

*Étendue de la prescription quant aux personnes*

Article 2245 du Code civil

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

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

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

Article 2246 du Code civil.

L’interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance

interrompt le délai de prescription contre la caution.

Les causes de report du point de départ ou les causes de suspension de la prescription visées à l’article L. 114-3 du Code des assurances sont énumérées aux articles 2233 à 2239 du Code civil reproduits ci-après dans leur version en vigueur au 1er janvier 2018 :

**Article 2233 du Code civil**

La prescription ne court pas :

1. à l’égard d’une créance qui dépend d’une condition, jusqu’à ce que la condition arrive ;
2. à l’égard d’une action en garantie, jusqu’à ce que l’éviction ait lieu ;
3. à l’égard d’une créance à terme, jusqu’à ce que ce terme soit arrivé.

**Article 2234 du Code civil**

La prescription ne court pas ou est suspendue contre celui qui est dans l’impossibilité d’agir par suite d’un empêchement résultant de la loi, de la convention ou de la force majeure.

**Article 2235 du Code civil**

Elle ne court pas ou est suspendue contre les mineurs non émancipés et les majeurs en tutelle, sauf pour les actions en paiement ou en répétition des salaires, arrérages de rente, pensions alimentaires, loyers, fermages, charges locatives, intérêts des sommes prêtées et, généralement, les actions en paiement de tout ce qui est payable par années ou à des termes périodiques plus courts.

**Article 2236 du Code civil**

Elle ne court pas ou est suspendue entre époux, ainsi qu’entre partenaires liés par un pacte civil de solidarité.

**Article 2237 du Code civil**

Elle ne court pas ou est suspendue contre l’héritier acceptant à concurrence de l’actif net, à l’égard des créances qu’il a contre la succession.

**Article 2238 du Code civil**

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

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

**Article 2239 du Code civil**

La prescription est également suspendue lorsque le juge fait droit à une demande de mesure d’instruction présentée avant tout procès. Le délai de prescription recommence à courir, pour une durée qui ne peut être inférieure à six mois, à compter du jour où la mesure a été exécutée. Ces différents articles peuvent évoluer en cours de vie du contrat. Ces articles sont disponibles à la rubrique « Les codes en vigueur » du site Internet du service public de la diffusion du droit ([http://www.](http://www/) legifrance. gouv.fr) ou sur simple demande écrite auprès de l’assureur.

1. **La protection des données à caractère personnel**

Conformément à la règlementation en vigueur relative à la protection des données à caractère personnel, le responsable du traitement est MADP Assurances.

Les données collectées sont utilisées par les responsables de traitement pour :

* pour la passation, la gestion et l’exécution de votre contrat ;
* pour être traitées dans le cadre de la lutte contre le blanchiment des

capitaux et le financement du terrorisme, l’application des obligations réglementaires et la gestion des risques opérationnels, notamment la fraude à l’assurance ;

- pour, éventuellement, être croisées afin d’améliorer nos produits, d’évaluer votre situation ou la prédire et personnaliser les offres qui pourront vous être proposées.

Vos données sont également transmises aux destinataires des Responsables de traitement ainsi qu’à leurs mandataires, partenaires et réassureurs ou organismes habilités pour les besoins de ces opérations.

Vous disposez d’un droit d’accès, de rectification, d’effacement ou de portabilité des données vous concernant. Vous avez aussi la possibilité de définir des directives relatives au sort de vos données après votre décès ou choisir d’en limiter l’usage. Si vous avez consenti de manière expresse à certaines utilisations de vos données, vous pouvez retirer ce consentement à tout moment sous réserve que le traitement ne conditionne pas l’application de votre contrat.

Vous pouvez vous opposer au traitement de vos données pour un motif légitime.

Vous pouvez également vous opposer à recevoir par SMS et mail des offres commerciales de la part des Responsables de traitement pour des services et produits analogues.

Pour l’ensemble des demandes relatives à vos droits, vous pouvez vous adresser en premier lieu au Service Gestion CEGEMA CEGEMA S.A., 679 avenue du Docteur Julien Lefebvre - BP 189 - 06272 Villeneuve- Loubet cedex - téléphone 04.92.02.08.50.

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, vous pouvez vous adresser directement auprès de la Commission nationale de l’informatique et des libertés (https://[www.cnil.fr/).](http://www.cnil.fr/))

vous pouvez prendre connaissance de la Politique de Protection des données de MADP Assurances sur le site Internet : <http://www.madp.fr/traitement-des-donnees-personnelles-rgpd> ou demander que le document vous soit envoyé à l’adresse email que vous nous indiquerez.

# Examen des réclamations

## *Votre premier contact : votre interlocuteur habituel.*

En cas de réclamation concernant votre contrat, dans un premier temps, vous êtes invité à prendre contact avec votre interlocuteur habituel ou avec le service client de CEGEMA S.A., 679 avenue du Docteur Julien Lefebvre - BP 189 - 06272 Villeneuve-Loubet cedex - téléphone 04.92.02.08.50.

## *Votre deuxième contact : le Service Réclamation.*

Si un désaccord persiste, le Souscripteur peut intervenir auprès de : Service Réclamation CEGEMA S.A., 679 avenue du Docteur Julien Lefebvre - BP 189 - 06272 Villeneuve-Loubet cedex - email [servicereclamations@cegema.com.](mailto:servicereclamations@cegema.com)

## *En dernier recours : le Médiateur de l’Assurance*

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

La Médiation de l’Assurance – TSA 50110 – 75441 Paris Cedex 09 ou [www.mediation-assurance.org.](http://www.mediation-assurance.org/)

Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) 4 place de Budapest - CS 92459 - 75436 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.

# Contrôle des assurances

## *Autorité chargée du contrôle*



MADP Assurances : 44 Av George V 75008 Paris | Tél. :01.53.20.17.17 | Fax. : 01.42.81.94.86 | E-mail : [courrier@madpassurances.fr](mailto:courrier@madpassurances.fr) | [www.madp.fr](http://www.madp.fr/) Société d’assurance mutuelle agréée auprès de l’Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) sous le numéro 4030364

Notice MADP SANTE 02/2019

Entreprise régie par le code des assurances | Siret : 784 394 371 00024 | NAF 6512Z