

Notice d'information (Référence : TS/07-2009)

Relative au contrat groupe à adhésion individuelle
Tranquillité Santé souscrit sous les n° de convention
A.4038.0001/0002/0004/0005

• par :
ASSOCIATION EUROPE SANTE (AES), association loi 1901, Siège 51/55 rue Hoche - 94853 Ivry sur Seine Cedex, ci-après dénommée, AES ou Association,

• auprès de :
SWISSLIFE PREVOYANCE ET SANTE, l'Assureur, entreprise régie par le code des assurances - S.A au capital de 150 000 000 € - Siège : 86, boulevard Haussmann 75380 Paris cedex 08 - RCS Paris 322 215 021.

• **AES a délégué à HD ASSURANCES** la négociation des conditions de garantie du contrat Tranquillité Santé auprès de l'assureur. Elle lui en a également confié la commercialisation à titre exclusif, via son propre réseau commercial et son réseau d'intermédiaires d'assurances partenaires.
• **La gestion des adhésions** au contrat Tranquillité Santé, par délégation de l'assureur, est effectuée par HD Assurances. HD assurances - SAS de courtage d'assurances au capital de 600 000 € ORIAS N° 07002941 RCS Créteil 395 325 053 00019 - Siège social : 51-55 rue Hoche - 94767 Ivry-sur-Seine Cedex.

Lexique

- **Adhèrent** : la personne signant la demande d'adhésion, acquitte les cotisations et ainsi fait accéder aux garanties dudit contrat.
- **Assuré** : La (ou les) personne(s) garantie(s) par l'adhésion et désigné(e)s au certificat d'adhésion.
- **Conjoint** : Est considéré comme Conjoint, l'époux ou l'épouse de l'Adhèrent, non divorcé(e), ni séparé(e) de corps judiciairement, son cosignataire d'un pacte civil de solidarité ou son (sa) concubin(e) notaire.
- **Enfant (...à charge)** : Il s'agit de votre ou de vos enfants fiscalement à votre charge, ou celle de votre Conjoint. La garantie cesse à leur égard à la fin de l'année suivant leur 18^{ème} anniversaire. A compter de 19 ans les enfants sont conservés sur le contrat des parents avec une cotisation Adulte.
- **Age** : l'âge de l'assuré est calculé par différence de millésimes, entre l'année de l'adhésion et l'année de naissance
- **Échéance principale** : 1^{er} janvier de chaque année.
- **Délai d'attente** : Le délai d'attente est une période décomptée à partir de la date de prise d'effet, au terme de laquelle intervient le début de la garantie. Aucune prestation n'est due pendant cette période.
- **Année d'assurance** : Période s'écoulant entre deux dates d'échéance anniversaire de la date d'adhésion (ou de la date d'effet des garanties pour les assurés inscrits après la date d'effet de l'adhésion).
- **Conclusion de l'adhésion** : l'adhésion est conclue par l'accord entre l'adhèrent et l'assureur. La date de conclusion est indiquée au certificat d'adhésion.
- **Garantie** : Elle correspond aux prestations assurées dans le cadre de la formule retenue cumulées à celles des renforts et options de garanties complémentaires éventuellement souscrites, qui forment un tout indissociable et constituent ainsi la garantie. **Régime obligatoire (RO)** : C'est le régime obligatoire d'assurance maladie de Sécurité sociale Française dont relève l'assuré.
- **Base de remboursement de la Sécurité Sociale (BR)** : Tarif sur la base duquel est calculé le remboursement effectué par le Régime obligatoire de Sécurité Sociale Française dont relève l'assuré, ce tarif peut varier selon que le praticien est conventionné ou non conventionné.
- **Plafond annuel de remboursement** : seuil limite annuel de la prise en charge par l'assureur d'une dépense pour un type d'acte.
- **Nous** : Il s'agit de nous l'assureur.
- **Vous** : Il s'agit de vous, l'adhèrent au contrat.

Préambule

Votre adhésion au contrat est :

- régie par les dispositions qui suivent dans le présent document. La loi applicable est la loi française, notamment par le Code des assurances. En accord avec l'Association, HD assurances et vous même nous nous engageons à utiliser la langue française pendant toute la durée de votre adhésion,
- constituée des éléments suivants :
- **La présente Notice** d'information qui définit les conditions d'application de votre adhésion au contrat, expose l'ensemble des garanties proposées et pouvant être souscrites. Elle vous informe sur les risques non couverts et vous indique également la marche à suivre pour obtenir vos remboursements.
- **Le certificat d'adhésion** qui précise notamment les différentes dispositions personnelles de votre adhésion, les personnes assurées, l'étendue et les modalités des garanties effectivement souscrites.
- **Le tableau des garanties** qui précise les dépenses de santé garanties.

Art.1 - Objet du contrat

Le contrat **Tranquillité Santé** a pour objet de permettre à l'adhèrent de bénéficier, durant la période de validité de son adhésion, du remboursement de ses dépenses de santé suite à maladie, accident ou hospitalisation. Cette garantie peut être étendue aux membres de la famille de l'adhèrent. Une garantie optionnelle permet également de bénéficier du versement d'une indemnité journalière en cas d'Hospitalisation (Option Assistance hospitalière).

Art.2 - Nature des garanties du contrat

Garanties «contrat solidaire» :

L'accès au contrat et à ses garanties est acquis quel que soit l'état de santé de l'assuré, qui n'aura pas à répondre à un questionnaire de santé.

Garanties «contrat responsable» :

Les différentes formules de garantie santé du contrat **Tranquillité Santé** respectent l'ensemble des dispositions du cahier des charges du contrat dit «Responsable», dont notamment :

- le remboursement de certains actes de prévention, les minima de prise en charge de certains actes et produits,
- et la non prise en charge de la majoration du ticket modérateur appliquée par le Régime Obligatoire dans certaines situations, du dépassement d'honoraires en cas de non respect du parcours de soins, de la participation forfaitaire, ainsi que les franchises instituées. En cas d'évolutions législatives et réglementaires effectuées dans ce cadre, les garanties du contrat seront mises en conformité, après information préalable des adhérents.

Art.3 - Qui peut adhérer au contrat ?

Pour adhérer au contrat, vous devez :

- être assujéti à un Régime Obligatoire, en tant qu'assuré social ou ayant-droit,
- être âgé de 19 ans.
- respecter l'âge limite d'adhésion précisé dans l'article 4.

Dispositions spécifiques au contrat (Loi Madelin) :

Contrat réservé aux seuls adhérents sous statut TNS souhaitant bénéficier de la possibilité de déductibilité fiscale des cotisations de leur régime complémentaire santé) :

Pour adhérer à ce contrat vous devez relever du Régime Obligatoire d'assurance maladie des travailleurs non salariés et vous engager à être à jour, pendant toute la durée de votre adhésion au contrat, de vos cotisations auprès des régimes obligatoires de base.

Art.4 - Personnes assurées et âge limite d'adhésion

L'adhèrent, et s'ils sont désignés sur le Certificat d'adhésion, son conjoint, et ses enfants à charge. Les assurés doivent par ailleurs être affiliés auprès d'un Régime obligatoire en tant qu'assuré social ou ayant droit.

Age limite d'adhésion (ou de souscription) aux formules :

- Formules T2, T3, T4 : jusqu'à 75 ans ;
- Formule T1 : jusqu'à 80 ans ;
- Option Assistance hospitalière : avant l'âge de 60 ans.

Pour la détermination de l'âge de l'assuré, nous prenons celui de l'assuré au 31 décembre de l'année d'adhésion.

Art.5 - Effet, durée et renouvellement de l'adhésion

L'adhésion prend effet à la date mentionnée sur le Certificat d'adhésion. Elle se renouvelle ensuite au 1^{er} janvier de chaque année (échéance principale) sauf dénonciation par vous, nous, ou le souscripteur du contrat dans les conditions mentionnées à l'article 14 : «ART.14 - Résiliation». Vous ne pourrez toutefois demander la résiliation que si votre adhésion a une durée effective minimum de 12 mois.

Art.6 - Conclusion, Prise d'effet, Délais d'attente, Durée des garanties

6.1 - Conclusion, Prise d'effet, Délai d'attente

L'adhésion est conclue par l'accord entre l'adhèrent et l'assureur. La date de conclusion est indiquée au certificat d'adhésion. En cas de vente à distance, l'adhésion peut être exécutée immédiatement et intégralement à compter de sa conclusion à la demande expresse de l'adhèrent.

Les garanties débutent à l'égard de l'Assuré, après expiration du délai d'attente éventuel, décompté à partir de la date d'effet mentionnée sur le certificat d'adhésion ou l'avenant d'adhésion.

Délais d'attente : Les garanties du contrat ne comportent pas de délai d'attente, sauf pour :

- l'option Assistance hospitalière : 1 mois
- l'allocation naissance/adoption : 9 mois

En cas d'hospitalisation dans le cadre des formules T2, T3 et T4, les prestations durant les 3 premiers mois sont remboursées immédiatement dans la limite du tarif de la Sécurité Sociale (sauf en cas d'accident). Pour les prothèses dentaires et orthodontie, en cas d'options T2, T3, T4, pendant les 6 premiers mois, les prestations sont remboursées immédiatement dans la limite du tarif de la Sécurité Sociale.

6.2 - Suspension des garanties

Votre adhésion et les garanties qui y sont attachées sont suspendues en cas de :

- non paiement des cotisations selon les dispositions prévues par le code des assurances,
- séjour de plus de 2 mois hors du territoire français métropolitain. En cas de suspension l'adhésion et les garanties reprennent effet le

lendemain du jour où :

- les cotisations arriérées, celles venant à échéance, les éventuels frais de poursuite et de recouvrement ont été payés, en cas de non paiement,
- l'Assuré revient vivre en France métropolitaine ou des DOMTOM après en avoir séjourné en dehors plus de 2 mois. La suspension des garanties entraîne pour chaque Assuré, la perte de tout droit à prestations se rapportant à des Accidents, Maladie ou Maternité survenus pendant cette période.

6.3 - Durée des garanties

Les garanties s'arrêtent à la date d'effet de la résiliation de l'adhésion, et au plus tard à l'âge de 70 ans pour la garantie optionnelle Assistance hospitalière. Elles cessent également dès que l'Assuré ne répond plus à la définition des personnes assurées.

Art.7 - Territorialité

La garantie du contrat s'exerce en France Métropolitaine. Elle s'étend aux accidents, maladies et hospitalisations survenues à l'étranger lorsque le régime de base de l'assuré s'applique et que les séjours en dehors du territoire français et monégasque ne dépassent pas trois mois par an en une ou plusieurs périodes.

Art.8 - Les exclusions et les limitations

8.1 - Les exclusions

Ne sont pas garantis 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 défense, 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 sabotage, de cataclysme, de la désintégration du noyau atomique, de l'émission de radiation ionisante et tout phénomène de radioactivité. L'assistance hospitalière n'est pas garantie en maternité.

Sont également exclus de la garantie les maladies médicalement constatées ou accidents survenus à l'occasion du service national ou de périodes militaires supérieures 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 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 caractère sanitaire, de vacances, home d'enfants, la pratique de sports à titre professionnel ou à titre amateur avec compétitions au niveau national ou international ainsi que les entraînements afférents, la pratique de sports mécaniques et aériens (y compris alpinisme, spéléologie). Ne donnent pas lieu à indemnisation les frais et/ou hospitalisation engendrés par des soins commencés ou prescrits avant la date d'effet de l'adhésion.

En aucun cas, le versement à titre exceptionnel d'une participation sur une prestation non garantie par le contrat Tranquillité Santé ne pourra être considéré comme l'acceptation tacite du risque par HD Assurances.

Art.9 - Vos déclarations

9.1 - A l'adhésion

Pour souscrire l'une ou l'autre des formules de garantie proposées dans le cadre du contrat Tranquillité Santé, vous devez répondre, sous forme de déclaration, à une demande d'information concernant la situation personnelle des personnes à assurer.

Ces déclarations seront reprises sur votre certificat d'adhésion et servent de base à l'établissement de votre adhésion. Elles nous permettent d'évaluer en toute connaissance de cause, notre engagement d'assurance, et de percevoir la cotisation adaptée.

9.2 - En cours d'adhésion

Vous devez nous déclarer au plus tard dans les 15 jours :

- toute modification des éléments spécifiés au Certificat d'Adhésion, Vous pourrez modifier vos garanties à chaque échéance annuelle sous réserve d'en effectuer la demande au moins deux mois avant cette date.
 - les changements ou cessation d'affiliation d'un des assurés à un Régime Obligatoire,
 - les changements de domicile ou la fixation du domicile en dehors de la France Métropolitaine.
- Si les éléments modifiés constituent :
- **une aggravation de risque** (hors problème de santé), nous pourrions, soit dénoncer l'adhésion sous préavis de 10 jours, soit proposer une nouvelle cotisation. Si vous refusez nos nouvelles conditions de garantie, vous devrez nous en informer par lettre recommandée dès la réception de notre notification. Nous procéderons alors à la résiliation de votre adhésion moyennant préavis de 10 jours.
 - **une diminution de risque**, nous pourrions diminuer la prime en conséquence. A défaut, vous pourrez demander la résiliation de votre adhésion moyennant un préavis de 30 jours.
- Pour tout nouvel assuré** à prendre en compte dans le cadre de votre adhésion, procéder aux déclarations prévues. Les conditions d'accès à l'assurance sont les mêmes que celles définies pour l'adhèrent et les éventuels assurés lors de l'adhésion.
- Toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle,**

toute omission ou déclaration inexacte, faite lors de l'adhésion ou en cours d'adhésion, entraîne l'application suivant les cas, des articles L.113-8 (nullité de l'adhésion) et L.113-9 (réduction des indemnités) du Code des Assurances.

9.3 - Les autres documents à nous transmettre

Pour vous apporter la qualité de service attendue concernant la gestion de votre adhésion et notamment celles relatives au remboursement des frais de santé et au paiement de vos cotisations, certaines informations complémentaires ou documents vous seront également demandés.

9.4 - Validité de vos déclarations

Vos déclarations et communications servent de base à l'application de votre adhésion et de la garantie, et n'ont d'effet que si elles sont parvenues à HD Assurances par écrit, ou à défaut, confirmées par lui-même dans un document écrit lorsque vous l'aurez informé par un autre moyen.

L'emploi de documents ou la production de renseignements inexacts ayant pour but ou pour effet d'inclure HD Assurances (ou nous) en erreur sur les causes, circonstances, conséquences ou montant d'un sinistre entraîne la perte de tous droits à l'assurance.

Art.10 - Vos cotisations

10.1 - La base de calcul et le montant de vos cotisations

En début d'adhésion :

Le montant de votre cotisation est mentionné sur le certificat d'adhésion. Il est déterminé en fonction de la formule de garantie choisie, de l'âge des assurés du lieu de votre résidence, et des modalités de prise en charge et bases de remboursement en vigueur du (ou des) Régime(s) obligatoire(s) dont ils relèvent lors de la prise d'effet des garanties et du domicile de l'adhérent.

• **Cotisation Enfant :** Gratuité à partir du 3ème enfant de moins de 20 ans

En cours d'adhésion :

En cours d'adhésion les cotisations évoluent lors de chaque renouvellement annuel de 2 % par an jusqu'à l'âge de 70 ans, et de 4 % après 70 ans.

En cas d'ajout d'un nouvel assuré la cotisation en vigueur est augmentée du montant de la cotisation respective lors de la prise d'effet de sa garantie. Le montant de la cotisation sera mentionné sur le nouveau certificat d'adhésion ou sur l'avenant correspondant.

• Votre cotisation peut évoluer en cas de changement du Régime Obligatoire d'un des assurés.

• Votre cotisation peut évoluer en cas de changement de domicile de l'adhérent dès qu'il y a changement de zone géographique tarifaire. Pour la détermination du montant de la cotisation en fonction de l'âge, nous prenons en compte l'âge de l'assuré au 31 décembre de l'année en cours.

10.2 - La variation de vos cotisations

Lors de chaque échéance principale votre cotisation, en dehors de la variation prévue en fonction de l'âge des assurés, évoquée ci-dessus :

• évoluera en fonction du taux d'accroissement des dépenses de santé publié par la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des travailleurs salariés.

• pourra également varier en fonction de l'évolution de la consommation constatée sur l'ensemble des adhésions respectives du contrat **Tranquillité Santé**.

• pourra évoluer immédiatement et automatiquement ou alors à l'échéance principale en cas de modification des conditions de remboursements et / ou des remboursements pris en charge par votre Régime Obligatoire et/ou en cas d'évolution des impôts et taxes établis sur votre cotisation postérieurement à votre adhésion.

10.3 - Le paiement de vos cotisations

• Votre cotisation est annuelle et payable d'avance à HD Assurances. Les modalités convenues pour le paiement de la cotisation (périodicité et mode de règlement) sont mentionnées sur le certificat d'adhésion.

10.4 - Le non paiement de vos cotisations

A défaut de paiement de votre cotisation ou d'une fraction de celle-ci dans les 10 jours suivants son échéance, HD Assurances pourra, indépendamment de notre droit de poursuivre l'exécution de votre adhésion en justice, vous adresser à votre dernier domicile connu une lettre recommandée valant mise en demeure.

Vos garanties pourront être suspendues à l'issue d'un délai de 30 jours après l'envoi de cette lettre, et votre adhésion résiliée 10 jours après l'expiration du délai précité de 30 jours.

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

Art.11 - La modification de vos garanties

Vous pourrez modifier vos garanties à chaque échéance annuelle sous réserve d'en effectuer la demande au moins deux mois avant cette date.

Art.12 - Quelles sont vos garanties ?

12.1 - Votre garantie santé

• **Notre participation en tant qu'Assureur**, telle que prévue au sens du présent contrat, intervient sur les dépenses de santé engagées par l'assuré, pour des actes, produits, et matériels médicaux ou chirurgicaux prescrits entre les dates de début et de fin de sa garantie, pour autant que ceux-ci soient expressément mentionnés sur le tableau des garanties annexé à la demande d'adhésion pour la formule de garantie retenue, dans la limite des montants et participations qui y sont indiqués.

Les actes, produits, et matériels médicaux ou chirurgicaux non mentionnés dans le tableau des garanties pour la formule de garantie choisie ne peuvent donner lieu à participation de notre part.

En tout état de cause, vous ne pourrez percevoir, au titre de votre adhésion au contrat **Tranquillité Santé**, pour vous-même, ou l'un des membres de votre famille assuré, un remboursement dont le montant, cumulé à ceux perçus par le régime obligatoire et le ou les éventuelles assurances complémentaires, serait supérieur à celui des frais réellement engagés.

La justification des frais engagés pour les dépenses garanties s'effectue sur les bases suivantes :

• Frais faisant l'objet d'un remboursement par le régime obligatoire : le montant est celui, tel qu'il figure :

• dans le fichier télétransmis par le centre de traitement à HD Assurances (procédure de télétransmission avec votre caisse obligatoire),

• ou sur les originaux de la feuille de soins ou le bordereau de remboursement établi par son centre de traitement,

• et lorsque les frais ont fait l'objet d'une prise en charge par un précédent régime complémentaire, le décompte de remboursement original de ce dernier.

• Frais ne faisant pas l'objet d'un remboursement par le régime obligatoire : le montant est celui figurant sur les factures des professionnels de santé.

La date prise en compte pour la prise en charge des dépenses de santé garanties est celle qui correspond :

• à la date des soins figurant sur le bordereau de remboursement du Régime Obligatoire (ou dans le fichier informatique communiqué par celui-ci);

• aux dates de prescription, de proposition, d'exécution et de délivrance pour les frais et actes non pris en charge par le Régime Obligatoire. En tout état de cause, les dates de proposition, d'exécution et de délivrance doivent se situer dans la période de garantie.

Lorsque la prestation garantie est exprimée sous la forme "par an", "par année", ou "forfait annuel" elle s'entend par année d'assurance, selon la définition qui en est précisée au lexique ci-dessus.

Nos remboursements viennent en complément de ceux faisant l'objet d'un remboursement du Régime obligatoire de Sécurité sociale de l'assuré (ou de tout autre organisme offrant des prestations similaires), et de ceux des éventuels organismes complémentaires auprès desquels les assurés pourraient être garantis.

Pour le remboursement des frais relatifs aux actes et biens médicaux, nous nous conformons aux dispositions de la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP), de la Classification commune des Actes Médicaux (CCAM), de la Tarification à l'Acte (T2A), de la Liste des Produits et Prestations (LPP) et de la Table Nationale de Biologie (TNB).

• **Certains frais non pris en charge par le Régime obligatoire de Sécurité sociale de l'assuré**, peuvent faire l'objet d'un remboursement de notre part, s'ils sont prévus dans le tableau des garanties joint au certificat d'adhésion pour la formule de garantie souscrite.

• **Cas particulier des Praticiens de santé non pris en charge par le RO (Ostéopathes, chiropracteurs):** Les actes non pris en charge par le régime de base et listés dans le tableau des garanties sont pris en charge dans la limite de la prestation maximum par consultation et dans la limite annuelle précisée dans la formule de garantie souscrite. Ces actes doivent avoir été réalisés par des praticiens diplômés d'un établissement de formation agréé par le Ministère de la Santé.

• **Cas particulier du Forfait Prévention (actes de dépistage, soins et médicaments préventifs assurés):**

Certains honoraires, médicaments et actes de prévention listés au tableau des garanties, médicalement prescrits et non remboursés par le régime obligatoire de l'assuré peuvent faire l'objet d'une prise en charge à hauteur de 50 % des dépenses réelles dans la limite du montant du forfait annuel précisé dans la formule de garantie souscrite.

• **Cas particulier de la prime naissance ou adoption**

• Cette prestation est versée dès lors que l'enfant nouveau-né est mentionné comme assuré dans le cadre de l'adhésion au contrat **Tranquillité Santé** du père ou de la mère (l'enfant ne peut, en aucun cas, être rattaché à deux contrats **Tranquillité Santé**), la demande d'inscription doit être formulée dans les 3 mois qui suivent la naissance ou l'adoption. Si l'adhérent le souhaite, l'adhésion de l'enfant nouveau-né ou adopté peut être réalisée à effet rétroactif, moyennant paiement des cotisations. En cas d'adoption, le jugement du tribunal des affaires familiales ou la copie de décision d'adoption de la DASS notifiant la date d'adoption et mentionnant le nom, prénoms et date de naissance de l'enfant sera exigé. En cas de naissances multiples, l'allocation naissance sera doublée.

12.2 - Votre garantie Allocation obsèques

Si cette garantie est mentionnée dans le tableau des garanties relatif à la formule retenue, elle assure le versement d'une allocation obsèques prévue en cas de décès d'un assuré avant l'âge de 70 ans.

Pour les enfants de moins de 12 ans, conformément à la législation, le montant de l'allocation est limité au montant des frais engagés pour les obsèques.

Rappel : Cette allocation obsèques est prévue uniquement pour les adhésions au contrat Tranquillité Santé hors loi Madelin.

12.3 - Votre garantie Allocation Assistance Hospitalière

Si cette option est retenue, et mentionnée sur le certificat d'adhésion,

en cas d'Hospitalisation d'un Assuré, supérieure à 24 heures en cas d'Accident ou de Maladie, HD Assurances verse une indemnité journalière, pour chaque journée d'hospitalisation, pendant un maximum de 120 jours par an et pour la même pathologie, au plus tard jusqu'à l'âge de 70 ans.

Le montant de l'indemnité journalière est mentionné sur le certificat d'adhésion.

12.4 - Les services complémentaires proposés

• **Tiers payant :** une carte de tiers payant est délivrée à l'adhérent par HD Assurances lors de la mise en place des garanties afin de permettre aux assurés la dispense d'avance de frais auprès de certains professionnels de santé partenaires.

L'utilisation de la carte de tiers payant n'est acquise, sous peine de poursuites, que si l'adhérent est à jour de ses cotisations au jour de l'utilisation de ladite carte. En cas d'utilisation frauduleuse de la carte de tiers payant, HD Assurances pourra demander à l'adhérent le remboursement des sommes exposées auprès des professionnels de santé consultés. L'adhérent qui cesse pour quelque raison que ce soit de bénéficier des garanties s'engage à restituer immédiatement sa carte en cours de validité.

• **Les Services d'Assistance Santé :** les assurés bénéficient d'un ensemble de services d'assistance santé qui les accompagnent en cas de besoin. Les conditions de votre garantie assistance sont indiquées dans une notice d'information jointe au présent document.

• **La télétransmission :** les assurés relevant du Régime Général, de la RAM et de la GAMEX, peuvent demander à bénéficier de la télétransmission informatique de leurs décomptes de prestation de soins à HD Assurances. Ce service permet à HD Assurances d'effectuer le traitement des prestations complémentaires à celles versées par le Régime obligatoire et d'en adresser le règlement à l'adhérent. Les assurés s'évitent ainsi l'envoi des décomptes papiers (sous réserves de la présence sur le décompte de la mention « copie transmise pour information à votre organisme complémentaire »).

Cette liaison est réalisée pour chacune des personnes assurées, à réception de la copie de l'attestation papier d'assuré social délivrée avec sa carte VITALE. Le dysfonctionnement dans les liaisons avec le centre de gestion du Régime obligatoire de l'assuré peut affecter le bon fonctionnement de service qui ne pourra être attribué à HD Assurances, et constituer, pour l'assuré, un motif valable pour formuler une demande de résiliation hors échéance.

Art.13 - Comment obtenir le règlement de vos prestations

13.1 - Les documents que vous devez transmettre

Lorsque l'assuré ne bénéficie pas de la télétransmission avec son régime de base, ou que nous n'avons pas effectué le règlement des frais directement au professionnel de santé, les documents à transmettre à HD Assurances sont les suivants :

• **Hospitalisation :** l'original du décompte du régime de base ou les originaux des factures acquittées de l'établissement hospitalier et les notes d'honoraires des chirurgiens et des médecins anesthésistes présentant la cotation détaillée des actes.

• **La médecine courante, la pharmacie :** l'original du décompte du régime de base.

• En cas de disparition des circonstances aggravantes mentionnées dans le contrat, si l'Assureur refuse de réduire la prime en conséquence.

• Dans les trois mois suivant le changement de domicile, de situation matrimoniale, de régime matrimonial, de profession, la retraite professionnelle ou la cessation définitive d'activité

• **Le dentaire :** l'original du décompte du régime de base. Pour les prothèses, l'orthodontie, et les frais remboursés par le Régime Obligatoire l'original de la facture détaillée du praticien et acquittée de tous les actes.

• **L'optique :** l'original du décompte du régime de base et/ou la facture détaillée acquittée établie par l'opticien, ainsi que la prescription médicale de l'ophtalmologiste pour tout achat de lentilles non remboursables par le RO.

• **Chirurgie réfractive des yeux :** la prescription médicale, ainsi que l'original de la facture détaillée de l'établissement hospitalier.

• **Appareillage (prothèse auditive, prothèses orthopédiques, gros appareillage) :** l'original du décompte du régime de base, ainsi que la facture détaillée acquittée.

• **Ostéopathie et chiropraticien :** La note d'honoraires ou la facture détaillée justifiant la dépense réelle.

• **Vaccins non remboursés par le RO :** la copie de la prescription médicale ainsi que l'original de la facture détaillée.

• **Forfait annuel cure thermique :** la facture des frais de transports (copie billet de train, avion), et des frais d'hébergement (hôtel, ou locations diverses : camping, gîte, etc.).

• **Allocation naissance :** acte de naissance de nouveau né ainsi que l'attestation papier VITALE notifiant son inscription au régime obligatoire.

• **Allocation obsèques :** l'original de l'acte de décès, le cas échéant les factures acquittées relatives aux frais d'obsèques, et dans certains cas un acte de notoriété.

Si l'assuré, préalablement à sa demande de remboursement présentée à HD Assurances, a déjà bénéficié d'une prise en charge de ses frais par un premier organisme complémentaire, il devra, en complément des pièces et éléments mentionnés ci-dessus, communiquer le décompte original de ce régime complémentaire. Compte tenu de la situation particulière de certains dossiers, HD Assurances pourra être amené à demander aux assurés des pièces complémentaires à celles énumérées ci-dessus.

Les demandes de remboursements ou de prestations quelle que soit leur nature doivent parvenir à HD

Assurances dans un délai de deux ans suivant la date de cessation des soins, sous peine de déchéance. Ce délai est ramené à trois mois en cas de résiliation de l'adhésion.

13.2 - Contrôle des dépenses

HD Assurances et l'assureur se réservent la possibilité de demander aux assurés :

- tous renseignements ou documents dont ils jugeraient utile de disposer pour l'appréciation du droit aux prestations. Si ces documents ont un caractère médical, l'assuré peut les adresser sous pli confidentiel au Médecin Conseil de HD Assurances.

- de se faire examiner par un médecin de notre choix.

L'assuré s'engage, à se soumettre à cet examen, sous peine d'être déchu du droit aux prestations pour l'accident ou la maladie en cause.

13.3-Arbitrage

En cas de désaccord d'ordre médical, entre l'assuré et nous, le différend sera soumis à une procédure d'arbitrage amiable. Chacune des parties désignera un médecin. Si les médecins ne sont pas d'accord, ils choisiront un 3^e médecin chargé de les départager. En cas de difficulté sur ce choix la désignation sera faite par le Président du Tribunal de Grande Instance du domicile de l'adhérent, à la requête de la partie la plus diligente. Chaque partie paiera les frais et honoraires de son médecin, et s'il y a lieu, la moitié des frais et honoraires du 3^e médecin et des frais de sa nomination.

13.4-Le paiement des prestations

- **Les dépenses de santé :** A l'exception des cas où nous réglons directement au professionnel de santé les dépenses engagées, le remboursement des dépenses est toujours établi à l'ordre de l'adhérent pour l'ensemble des assurés. Il en est de même pour le règlement des indemnités journalières en cas d'hospitalisation.

- **L'allocation obsèques :**

Cette allocation sera versée, en cas de décès :

- **de l'adhérent :** à son conjoint survivant non séparé de corps et de fait, ou à son partenaire lié par un PACS, ou à son concubin(e) reconnu, à défaut, par parts égales, à ses enfants nés ou à naître, légitimes, reconnus ou adoptifs, à défaut, par parts égales, à ses ascendants ou au survivant d'entre eux, à défaut, ses ayants droits ;
- **du conjoint ou d'un enfant assuré,** désigné sur l'acceptation d'adhésion : à l'adhérent ;

Pour les enfants de moins de douze ans, l'indemnisation des frais funéraires sera conditionnée à la présentation de la facture des frais funéraires et sera versée à l'adhérent, même si ces frais ont été acquittés par une tierce personne.

Le paiement des prestations et indemnités est toujours effectué en France dans la monnaie légale de l'Etat Français.

Art.14 - Résiliation

14.1 - L'adhésion peut être résiliée :

- **par l'adhérent**

L'adhérent reconnaît avoir reçu et pris connaissance préalablement des conditions de prix et de garanties qui régissent la présente adhésion.

Possibilité de se retirer de l'association : l'adhésion s'entend pour une durée d'un an minimum à compter de la date d'adhésion.

Tout adhérent peut se retirer après cette période d'un an, au plus tôt le 31 décembre de chaque année, sous réserve d'en faire la demande par lettre recommandée avec un préavis de 2 mois.

IMPORTANT : reconduction tacite des contrats : conformément à l'article L113.15.1 du code des assurances, ce contrat n'est pas concerné par la loi 2005-67 du 28/01/2005 (dite Loi Chatel).

- En cas de disparition des circonstances aggravantes mentionnées dans le contrat, si l'Assureur refuse de réduire la prime en conséquence.

- Dans les trois mois suivant le changement de domicile, de situation matrimoniale, de régime matrimonial, de profession, la retraite professionnelle ou la cessation définitive d'activité professionnelle de l'adhérent, 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. La résiliation prendra effet un mois après la réception de la demande de résiliation.

- de plein droit : En cas de retrait de l'agrément de l'Assureur.
- contractuellement : En cas de perte de la qualité d'assuré social de l'adhérent, l'adhésion sera résiliée. Les autres assurés pourront continuer à être assurés s'ils en effectuent la demande.

14.2 - Les modalités de la résiliation

- La résiliation par l'adhérent doit être effectuée par courrier recommandé avec accusé de réception et adressée au siège de HD Assurances, 51-55 rue Hoche - 94767 Ivry-sur-Seine Cedex.

- La résiliation par l'Assureur sera notifiée à l'adhérent par lettre recommandée à son dernier domicile connu.

14.3 - Les conséquences de la résiliation

Lorsque l'adhésion est résiliée, les prestations ne sont dues que pour les soins et traitements administrés avant la prise d'effet de la résiliation.

14.4 - Conséquences en cas d'exercice du droit à renonciation.

14.4.1 - En cas d'exercice du droit à renonciation, dans le cadre de l'article L 112-9-1 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 l'adhésion 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 de l'adhésion et dont il n'a pas eu connaissance est intervenu pendant le délai de renonciation.

14.4.2 - 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 du Code de la consommation (commercialisation à distance) :

En contrepartie de l'exécution immédiate et intégrale de l'adhésion avant l'expiration de ce délai de rétractation, la cotisation dont l'adhérent est redevable est égale au prorata de la cotisation annuelle pour la période écoulée entre la date d'effet prévue lors de la conclusion de l'adhésion et l'éventuelle date de réception de la rétractation.

Si des prestations ont été versées, l'adhérent s'engage à rembourser à l'assureur 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.

Art.15 - Prescription

Toute action dérivant du présent contrat est prescrite pour deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance (L.114.1 et L.114.2 du Code des Assurances).

Art.16 - Subrogation

L'adhérent ou ses ayants droit conservent leur droit de recours contre tout responsable. Toutefois, si l'assureur a payé une indemnité au titre des frais de soins, il se substitue à l'adhérent dans ses droits et obligations et jusqu'à concurrence de cette indemnité, contre tout responsable (Article L.121.12 du Code des Assurances).

Art.17 - Informatique et liberté

Conformément à l'article 32 de la loi du 06 janvier 1978 dite «informatique et libertés», modifiée par la loi n°2004-801 du 06 août 2004, nous vous informons que le responsable du traitement de vos données personnelles est HD Assurances. Vous pourrez exercer vos droits d'accès et de rectification prévus par les articles 39 et 40 de la loi précitée auprès du Service Clients de HD Assurances, situé : 51-55 rue Hoche - 94767 Ivry-sur-Seine Cedex.

Les données personnelles recueillies seront utilisées par HD Assurances, destinataire, avec ses mandataires, l'association AES, ses assureurs et réassureurs, de l'information, pour :

- le traitement de votre dossier, dans le strict respect de la protection des données à caractère personnel,
- l'envoi de documents sur les produits proposés par la société HD Assurances. Si vous souhaitez ne pas être sollicité, il vous suffit de nous le faire savoir par simple courrier à l'adresse précisée ci-dessus. L'ensemble des réponses aux questions est obligatoire, le défaut de réponse aura pour conséquence le non examen de votre dossier.

Art.18 - Les réclamations - La médiation

Si vous rencontrez des difficultés liées à l'application du contrat, vous pouvez formuler une réclamation ou signifier votre désaccord, par courrier simple adressé à : HD Assurances - 51-55 rue Hoche - 94767 Ivry-sur-Seine Cedex.

Si un différend persistait après la réponse apportée, vous aurez la faculté de demander l'avis d'un médiateur indépendant. Les coordonnées du Médiateur seront communiquées sur simple demande au siège social de SwissLife Prévoyance et Santé, 86 Boulevard Haussmann - 75380 PARIS Cedex 08.

Art.19 - Autorité de tutelle

Pour les Sociétés d'Assurance ayant leur Siège en France, l'autorité de tutelle est l'autorité de Contrôle des Assurances et des Mutuelles (ACAM) 61, rue Taïbout - 75009 Paris.

Art.20 - Possibilité de renonciation

Je dispose d'un délai de 14 jours calendaires révolus, à partir du jour de la date de conclusion de mon adhésion (date indiquée sur le certificat d'adhésion), pour y renoncer, dans le cadre et dans les conditions prévus par l'article L.112-9 du code des assurances ou par les articles L.112-2-1 du code des assurances et L.121-20-8 et suivants du code de la consommation.

Cette renonciation doit être faite par lettre recommandée avec accusé de réception, envoyée à HD Assurances - 51-55 rue Hoche - 94767 Ivry-sur-Seine Cedex.

Elle peut être formulée suivant le modèle de lettre ci-dessous. La résiliation de l'adhésion prendra effet au jour de la réception de la Lettre Recommandée A.R par HD Assurances. Les conséquences du droit à renonciation sont indiquées dans l'article 14.4 de la présente notice d'information.

Article L112-9-1 premier alinéa du code des assurances :

«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 avec demande d'avis de réception pendant le délai de 14 jours calendaires révolus à compter du jour de la conclusion du contrat, sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités (...). Dès lors qu'il a connaissance d'un sinistre mettant en jeu la garantie du contrat, le souscripteur ne peut plus exercer ce droit à renonciation.»

Dans le cas où l'adhésion a été souscrite exclusivement à distance au sens des articles L112-2-1 du code des assurances et L121-20-8 et suivants du code de la consommation :

L'adhésion peut être exécutée immédiatement et intégralement à compter de sa conclusion (date indiquée sur le certificat d'adhésion) à la demande expresse de l'adhérent. La cotisation, dont je suis redevable, le cas échéant, en contrepartie de l'exécution immédiate et intégrale de mon adhésion avant l'expiration du délai de rétractation, est égale au prorata de la cotisation annuelle pour la période écoulée entre la date d'effet prévue lors de la conclusion de l'adhésion et la date de réception mon éventuelle renonciation. En cas de rétractation, si des prestations ont été versées, je m'engage à rembourser à l'assureur les montants perçus dans un délai de 30 jours.

Modèle de lettre de renonciation :

Messieurs,

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 Plénitude (numéro d'adhésion), que j'ai signé le [date].

[Si des cotisations ont été perçues] Je vous prie de me rembourser les cotisations versées, déduction faite de la cotisation imputable au prorata de la période de garantie.

[En cas de commercialisation à distance] Je m'engage, pour ma part, à rembourser le montant des prestations qui ont pu m'être versées.

A : [Indiquer le lieu]

Le : [Indiquer la date]

Signature.