

PLAN SANTE CHAUSSURES (DETAILLANTS)

CONTRAT SOCLE

Notice d'information 2014.1000 valant informations précontractuelles et contractuelles

PLAN SANTE CHAUSSURES (DETAILLANTS) ASSURANCE COLLECTIVE ET OBLIGATOIRE

DEFINITIONS

100% santé

Dispositif par lequel les assurés peuvent bénéficier de certaines prestations d'optique, d'aides auditives et de prothèses dentaires intégralement remboursées par l'assurance maladie obligatoire et les complémentaires de santé, donc sans frais restant à leur charge, sous réserve que les professionnels de santé respectent les tarifs maximums.

Adhérent

Personne physique, membre du personnel de l'entreprise contractante, appartenant à la catégorie définie aux conditions particulières.

Année d'assurance

Période comprise entre deux dates anniversaire de chaque adhésion individuelle. La date anniversaire correspond à la date d'effet de l'adhésion.

Assureur

Les ACM IARD S.A., dont le siège est à 4 rue Frédéric Guillaume RAIFFEISEN, 67000 STRASBOURG et dont l'adresse postale est : 63 chemin Antoine Pardon 69814 TASSIN CEDEX.

Ayants droit

-le conjoint du participant non divorcé ou non séparé de corps judiciairement à la date de l'événement donnant lieu à prestation,
-le partenaire lié au participant par un Pacte Civil de Solidarité (Pacs),
-la personne vivant en concubinage avec le participant. Conformément à l'article 515-8 du Code civil, le concubinage est une union de fait caractérisée par une vie commune présentant un caractère de stabilité et de continuité, entre deux personnes, de sexe différent ou de même sexe, qui vivent en couple,
-les enfants à charge : sont considérés comme à la charge du participant tous les enfants légitimes, reconnus, adoptés ou recueillis, au sens de la législation fiscale.

Base de Remboursement

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

On parle de :

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

Bénéficiaires

Personnes qui bénéficient des garanties au titre du présent contrat, à savoir les adhérents et éventuellement les ayants droit.

Bulletin individuel d'adhésion

Document par lequel l'adhérent donne son consentement aux garanties proposées et informe l'assureur de toute modification administrative (changement de situation familiale, naissance, changement d'adresse ...).

Conditions Particulières

Elles sont définies d'un commun accord entre l'assureur et l'entreprise contractante.

Conjoint

Par conjoint, on entend la personne :

- mariée et non séparée de corps judiciairement ;
- signataire d'un pacte civil de solidarité (conformément aux articles 515-1 et 515-2 du Code civil) ;
- en situation de concubinage (conformément à l'article 515-8 du Code civil).

Contrat

Il est composé de la présente notice d'information, des conditions particulières et du tableau des garanties.

Contrat solidaire

Le bénéfice du contrat ne donne pas lieu au recueil préalable d'informations médicales auprès des bénéficiaires et les cotisations ne sont pas fixées en fonction de son état de santé.

Contrat responsable

Ce contrat s'inscrit dans le cadre du dispositif relatif aux contrats d'assurance complémentaire santé dits « responsables ».

Il respecte le cahier des charges des contrats dits « responsables » fixé par les articles L 871-1, R 871-1 et R 871-2 du Code de la Sécurité sociale sous réserve de la convention collective applicable dans l'entreprise contractante.

Date d'échéance

La date d'échéance est fixée au 31 décembre de chaque année.

Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée

Il s'agit d'un contrat conclu entre le médecin et la Sécurité sociale du type Contrat d'Accès aux Soins (CAS) ou Option Tarifaire Maîtrisée (OPTAM, OPTAM – CO) par lequel le médecin s'engage à limiter ses dépassements d'honoraires.

Entreprise contractante

Toute personne morale souscrivant le présent contrat constitué des conditions générales, des conditions particulières et du tableau des garanties.

Honoraire Limite de Facturation (HLF)

Montant maximum pouvant être facturé par un chirurgien-dentiste conventionné avec l'assurance maladie obligatoire pour un acte donné. Les honoraires limites de facturation sont définis par la réglementation.

Notice d'information

Document établi par l'assureur et remis par l'entreprise aux adhérents qui définit les garanties et leurs modalités d'entrée en vigueur.

Plafond de la Sécurité Sociale (PSS)

Le plafond de la Sécurité sociale est utilisé pour le calcul de certaines cotisations sociales et de certaines prestations de Sécurité sociale.

Chaque année, le plafond de la Sécurité sociale est revalorisé conformément aux règles prévues par le Code de la Sécurité sociale.

Prix limite de vente (PLV)

Le prix limite de vente correspond au prix maximum de vente d'un dispositif médical, au bénéficiaire. Les prix limites de vente sont fixés par la réglementation en vigueur.

Ticket modérateur

Part de dépense laissée à la charge du bénéficiaire des soins, correspondant à la différence entre le tarif de responsabilité et le remboursement du régime obligatoire d'assurance maladie.

PLAN SANTE CHAUSSURES (DETAILLANTS)

CONTRAT SOCLE

Notice d'information 2014.1000 valant informations précontractuelles et contractuelles

I. DISPOSITIONS GENERALES

1 – Objet du contrat

Les parties au contrat sont :

- l'entreprise qui souscrit le contrat, dénommée CONTRACTANTE ;
- les salariés définis par l'entreprise, dénommés ADHERENTS ;
- L'ASSUREUR.

Sauf dispositions contraires figurant au tableau des garanties le contrat PLAN SANTE CHAUSSURES (DETAILLANTS) 2014.1000 a pour objet de garantir aux adhérents, et éventuellement à leurs ayants droit, le remboursement des frais de santé en cas de maladie, d'accident ou de maternité à condition d'être pris en charge par le régime obligatoire de base et en complément de ce dernier.

Les remboursements sont fonction du niveau de garanties retenu par la contractante aux conditions particulières. L'assureur pourra proposer ultérieurement d'autres niveaux à la contractante.

En complément, l'adhérent peut souscrire à titre facultatif au contrat PLAN SANTE CHAUSSURES (DETAILLANTS) A OPTIONS 2014.1000 / F permettant d'améliorer les remboursements pour lui-même et ses ayants droit.

Les droits et obligations des parties sont définis par :

- la présente notice d'information
- les conditions particulières signées par la contractante et l'assureur,
- les bulletins individuels d'adhésion, complétés et signés par les adhérents,
- le tableau des garanties.

La présente notice d'information et les annexes sont établies en fonction de la réglementation en vigueur et pourront être révisées en cas d'évolution de cette dernière et de la convention d'assistance.

2 – Nature du contrat

PLAN SANTE CHAUSSURES (DETAILLANTS) 2014.1000 est un contrat groupe d'assurance à adhésion obligatoire relevant de la branche 2 du Code des assurances (article R 321-1).

Le régime collectif est rendu obligatoire :

- soit par une convention ou un accord collectif,
- soit par la ratification à la majorité des intéressés d'un projet d'accord proposé par le chef d'entreprise,
- soit par décision unilatérale du chef d'entreprise constatée dans un écrit remis par celui-ci à chaque intéressé.

Les remboursements ou les indemnités des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge du bénéficiaire après les remboursements de toute nature auxquels il a droit et avant la prise en charge instaurée par l'article L. 861-3 du code de la sécurité sociale.

Pour l'application du deuxième alinéa de l'article 9 de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989, les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit sa date de souscription. Dans cette limite, le bénéficiaire du contrat ou de la convention peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix.

Le contrat est solidaire, responsable et respecte ainsi les exigences fixées par les articles L 871-1, R 871-1 et R 871-2 du Code de la Sécurité sociale.

En cas d'évolution de la réglementation ayant pour effet de modifier la définition des critères du contrat solidaire et le cahier des charges du contrat responsable, les garanties pourront être adaptées.

II. VIE DU CONTRAT

LES ADHERENTS

3 – Affiliation

Les adhérents et, le cas échéant, leurs ayants droit sont couverts pour les frais engagés au titre des prescriptions réalisées durant leur période d'affiliation.

3.1 – Affiliation des adhérents

Pour être adhérent, chaque salarié doit remplir un bulletin individuel d'adhésion, en y joignant un relevé d'identité bancaire, et donner toutes les précisions concernant ses ayants droit.

Le contrat s'applique à l'ensemble des salariés au profit desquels il est souscrit, sans application de formalités médicales.

L'admission est immédiate, dès la date d'effet des conditions particulières, pour les adhérents présents à la prise d'effet du contrat et à la date d'entrée dans l'entreprise contractante pour les nouveaux adhérents, sous réserve de réception par l'assureur du bulletin individuel d'adhésion.

L'adhérent peut être dispensé d'adhésion selon les conditions et modalités prévues à l'article R 242-1-6 du Code de la Sécurité sociale.

L'adhérent doit communiquer une photocopie de l'attestation accompagnant la carte Vitale des bénéficiaires.

3.2 – Affiliation des ayants droit

Pour être affilié, l'ayant droit doit être stipulé dans l'un des actes visés à l'article « Nature du contrat » (alinéa 2) et mentionné sur le bulletin individuel d'adhésion complété par l'adhérent.

L'affiliation de l'ayant droit est immédiate à la date d'affiliation de l'adhérent ou à la date à laquelle il remplit les conditions pour avoir le statut d'ayant droit et, dans ce dernier cas, sous réserve d'avoir été porté dans les quinze jours à la connaissance de l'assureur via la transmission par l'adhérent d'un nouveau bulletin individuel d'adhésion.

L'affiliation de l'ayant droit et son maintien au contrat sont subordonnés à la remise de tout document justificatif que l'assureur se réserve le droit de demander et notamment un acte de naissance ou un certificat de scolarité.

En cas de modification du nombre d'ayant droit, un nouveau bulletin individuel d'adhésion devra être transmis à l'assureur.

3.3 – Obligation de l'adhérent

En cas de frais de santé, l'adhérent doit remettre à l'assureur toutes pièces concernant les frais exposés lui permettant de déterminer le montant de sa participation.

Si l'adhérent ne fournit pas les pièces demandées, les frais de santé en cause ne sont pas remboursés.

Si l'adhérent ou le bénéficiaire fait de fausses déclarations, exagère le montant des frais, emploie comme justification des documents inexacts ou use de moyens frauduleux, il est entièrement déchu de tout droit aux prestations.

PLAN SANTE CHAUSSURES (DETAILLANTS)

CONTRAT SOCLE

Notice d'information 2014.1000 valant informations précontractuelles et contractuelles

4 – Subrogation

L'assureur est subrogé, jusqu'à concurrence des prestations payées, dans les droits et actions de l'adhérent contre tout tiers responsable d'une atteinte à sa personne entraînant le versement de prestations, conformément aux dispositions du Code des assurances.

Les prestations payées constituent ainsi une avance sur recours.

5 – Cessation des garanties

Les garanties cessent :

- pour tous les bénéficiaires : à la date d'effet de la résiliation du contrat.
- pour chaque adhérent :
 - à la date du départ en retraite (liquidation des droits à l'assurance vieillesse du régime de base) sous réserve des dispositions prévues à l'article « *Maintien des garanties* » ;
 - à la fin du mois de la rupture du contrat de travail sous réserve des dispositions prévues à l'article « *Maintien des garanties* » ;
 - à la date où l'adhérent n'appartient plus à la catégorie de personnel bénéficiaire ;
 - **en cas de déclaration erronée faite dans le but d'obtenir des prestations indues (en cas de réticence ou fausse déclaration) la garantie de l'adhérent est nulle.**
- pour chaque ayant droit :
 - à la date à laquelle l'adhérent cesse de bénéficier des garanties ;
 - à la date à laquelle il perd le statut d'ayant droit.

6 – Maintien des garanties

6.1 – Au profit des anciens salariés invalides et retraités

Les garanties peuvent être maintenues, dans les conditions prévues à l'article 4 de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989 (dite loi « Evin »), sans formalités médicales ni délai d'attente, au profit des anciens salariés bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité, ou d'une pension de retraite, sans condition de durée, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les six mois qui suivent la rupture de leur contrat de travail (ou dans les six mois qui suivent l'expiration de la période définie à l'article « Au profit des anciens salariés indemnisés au titre de l'assurance chômage ») et acquittent la cotisation fixée par l'assureur. Les garanties prennent effet au plus tard le lendemain de la demande.

L'entreprise contractante informe l'assureur de la rupture du contrat de travail dans les quinze jours suivant la cessation.

6.2 – Au profit des anciens salariés indemnisés au titre de l'assurance chômage

(Article L.911-8 du Code de la Sécurité sociale)

Ce maintien est accordé pour une durée égale à la durée du (des) dernier(s) contrat(s) de travail consécutifs dans l'entreprise contractante, appréciée en mois, dans la limite de douze mois de couverture. Il cesse en cas de perte des indemnités chômage. Le financement est supporté conjointement par la contractante et les salariés actifs : il est compris dans les cotisations.

L'employeur est tenu d'informer :

- l'ancien salarié du maintien des garanties dans le certificat de travail ;
- l'assureur de la cessation du contrat de travail non consécutive à une faute lourde du salarié.

Les anciens salariés et leurs ayants droit bénéficiaires des garanties à la rupture du contrat de travail bénéficient du maintien des garanties, sans formalités médicales ni délai d'attente, sous réserve que ces anciens salariés justifient, dans les six mois qui suivent la rupture de leur contrat de travail, du droit à prise en charge par le régime d'assurance chômage.

6.3 – Au profit des ayants droit garantis du chef de l'assuré décédé

Les garanties peuvent être maintenues, dans les conditions prévues à l'article 4 de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989 (dite loi « Evin »), sans formalités médicales ni délai d'attente, au profit des personnes garanties du chef de l'assuré décédé, pendant une durée minimale de douze mois à compter du décès, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les six mois suivant le décès et acquittent la cotisation fixée par l'assureur. Les garanties prennent effet au plus tard le lendemain de la demande.

L'entreprise contractante informe l'assureur du décès de l'assuré dans les quinze jours suivant l'évènement.

7 – Etendue territoriale

Les garanties du présent contrat s'appliquent dans tous les états membres de l'Union Européenne, y compris les départements et régions français d'outre-mer (DOM-ROM) sous réserve du maintien du régime français de Sécurité sociale.

Elles s'exercent également dans le monde entier pour les voyages ou séjours n'excédant pas six mois.

Le règlement des frais à l'étranger est effectué sur la base des factures originales détaillées acquittées et des justificatifs de participation du régime de base, ainsi que du motif des soins dispensés à l'étranger.

Les soins non pris en charge par la Sécurité sociale ne peuvent faire l'objet d'aucun remboursement.

Les frais exposés à l'étranger sont remboursés en euros selon les mêmes critères que les soins dispensés en France dans la limite des frais réels convertis en euros.

Les modalités de prises en charge sont définies dans le tableau de garanties.

Des renseignements complémentaires peuvent être demandés par l'assureur notamment pour déterminer le montant de participation (caractéristique du séjour, copie de factures, nature des soins ou traduction).

8 – Prescription

La prescription est la date ou la période au-delà de laquelle aucune réclamation n'est plus recevable.

Elle est régie par les règles ci-dessous, édictées par le Code des assurances, lesquelles ne peuvent être modifiées, même d'un commun accord, par les parties au contrat d'assurance.

Aux termes de l'article L.114-1, « toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'évènement 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. »

Aux termes de l'article L.114-2, la prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique, 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.

PLAN SANTE CHAUSSURES (DETAILLANTS)

CONTRAT SOCLE

Notice d'information 2014.1000 valant informations précontractuelles et contractuelles

Les causes d'interruption ordinaires sont les suivantes :

- toute assignation ou citation en justice, même en référé ;
- tout acte d'exécution forcée ;
- toute reconnaissance par l'assureur du droit à garantie de l'assuré ;
- toute reconnaissance de dette de l'assuré envers l'assureur ;
- une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution.

III. GARANTIES

9 – Objet des garanties

Les garanties sont détaillées au tableau figurant en annexe « Tableau des garanties ».

Elles ont notamment pour objet :

- de compléter les prestations servies par les régimes de base de la Sécurité sociale en remboursement des frais exposés en cas d'accident, de maladie et de maternité (prestation prise en charge par la Sécurité sociale) ;
- de couvrir les frais engagés par l'adhérent suite à accident, maladie ou maternité dans la mesure où un lien est clairement établi avec un risque couvert par les régimes de base de la Sécurité sociale (prestation non prise en charge par la Sécurité sociale).

Le niveau de remboursement dépend de la formule retenue par la contractante dans les conditions particulières.

Modification du niveau de garanties par la contractante

Aucune modification du niveau de garantie n'est possible la première année de souscription.

Après une année d'assurance la modification de la formule est possible à l'échéance (soit le 31 décembre) par avenant et la nouvelle formule choisie s'applique au minimum pour douze mois à l'ensemble des adhérents.

A l'issue de cette période, le niveau de garantie retenu est reconduit automatiquement, sauf demande de changement par la contractante.

En cas de modification du niveau de garantie, une information est adressée à l'adhérent par la contractante.

10 – Etendue des garanties

Les remboursements dépendent du niveau de garanties retenu par la contractante aux conditions particulières.

Les garanties sont exprimées :

- soit en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale incluant le remboursement du régime de base compris, dans la limite des frais réels ;
- soit en pourcentage des frais réels, déduction faite du remboursement du régime de base ;
- soit en euros dans la limite d'un forfait dans l'année d'assurance ou d'un forfait journalier, en complément du remboursement du régime obligatoire, dans la limite des frais réels ;
- soit en pourcentage du plafond mensuel de la Sécurité sociale ;
- soit en pourcentage du plafond mensuel de la Sécurité sociale, dans la limite des frais réels.

Seuls les dépassements autorisés par la Sécurité sociale sont pris en charge selon les différentes formules, s'ils sont pratiqués avec tact et mesure.

Les actes de prévention mentionnés dans le tableau des garanties s'entendent des actes listés par arrêté ministériel. L'ensemble des actes inscrits sur cette liste font l'objet d'un remboursement dès lors qu'ils sont prescrits par le médecin traitant.

Les prestations sont versées aux bénéficiaires dans les conditions détaillées en annexe 1.

Les bénéficiaires disposent d'une convention d'assistance détaillée en annexe 2,

IV. DISPOSITIONS DIVERSES

11 – Loi applicable

La loi applicable au contrat et à la relation précontractuelle est la loi française, y compris les dispositions impératives applicables aux départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle et sous réserve, pour les risques situés dans la Principauté de Monaco, des dispositions impératives de la loi monégasque.

Toute relation entre les parties se fait en langue française, ce que chaque partie accepte expressément.

Les références législatives ou réglementaires, contenues dans le présent document ou dans les documents auxquels il renvoie, qui évoluent, sont remplacées par les références des nouveaux textes de même contenu.

12 – Réclamation

En cas de difficulté dans l'application ou l'interprétation du contrat, l'adhérent consulte d'abord son interlocuteur habituel.

Si sa réponse ne le satisfait pas, il peut adresser une réclamation au :

Responsable des relations consommateurs
ACM IARD SA
4 rue Frédéric-Guillaume RAIFFEISEN – 67000 STRASBOURG

Une réponse lui sera apportée, à chacun des niveaux, dans le plus bref délai, lequel ne saurait excéder deux mois sauf circonstances exceptionnelles qui lui seraient alors exposées.

Les réclamations afférentes à des contrats souscrits par des particuliers via internet peuvent être présentées à la plateforme européenne de Règlement en ligne des Litiges, accessible à l'adresse suivante : <https://webgate.ec.europa.eu/odr>.

13 – Médiation

Dans l'éventualité d'une persistance de la difficulté ou du différend, le Médiateur de l'Assurance peut être saisi de la réclamation d'un particulier. Exerçant sa mission en toute indépendance, le Médiateur ne peut intervenir qu'après épuisement des procédures internes de règlement des litiges et à la condition qu'aucune action contentieuse n'ait été engagée.

Après avoir instruit le dossier, le Médiateur rend un avis motivé dans les trois mois. Cet avis ne lie pas les parties.

Pour de plus amples informations, l'adhérent est invité à consulter la Charte de la Médiation de l'Assurance sur le site de l'association « La Médiation de l'Assurance ».

Vous pouvez présenter votre réclamation à l'adresse suivante : www.mediation-assurance.org ou par voie postale à : La Médiation de l'Assurance, TSA 50110, 75441 Paris Cedex 09.

PLAN SANTE CHAUSSURES (DETAILLANTS)

CONTRAT SOCLE

Notice d'information 2014.1000 valant informations précontractuelles et contractuelles

14 – Données à caractère personnel

14.1 – Le traitement des données à caractère personnel

14.1.1 – Pourquoi traitons-nous les données à caractère personnel ?

La collecte et le traitement des données personnelles sont tout d'abord nécessaires à l'analyse des besoins et attentes en matière d'assurance, à l'évaluation des risques, à la tarification, à la mise en place, puis à l'exécution du contrat.

Certains traitements sont ensuite nécessaires au respect d'obligations légales résultant de normes nationales ou internationales, ce qui s'entend essentiellement de la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme ou, le cas échéant, de la lutte contre l'évasion fiscale (dispositifs FICOVIE, IFU, FATCA, EAI, ...) ou la gestion des contrats d'assurance vie non réclamés.

Dans le cadre de ces obligations en matière de prévention du blanchiment des capitaux et de financement du terrorisme, nous sommes également susceptibles d'utiliser et d'analyser les données à caractère personnel en vue de l'établissement du profil de la personne concernée et la détermination du risque de blanchiment de capitaux et financement du terrorisme selon les critères du Code monétaire et financier.

Les données sont également utilisées au service de nos intérêts légitimes, notamment à des fins de prospection commerciale et de démarchage, pour la réalisation d'études statistiques et actuarielles et pour lutter contre la fraude à l'assurance. On précisera que la lutte contre la fraude est opérée dans l'intérêt légitime de l'assureur, mais aussi pour la protection de la communauté des assurés. Il est précisé aussi qu'une fraude avérée pourra conduire à l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude et que cette inscription pourra bloquer toute entrée en relation contractuelle avec l'assureur pendant cinq ans.

Enfin, les données peuvent être utilisées, avec l'accord de l'adhérent, en vue de proposer des produits et services complémentaires.

14.1.2 – A qui les données peuvent-elles être transmises ?

Les données personnelles peuvent être adressées à nos éventuels sous-traitants, prestataires, mandataires, réassureurs et coassureurs, fonds de garantie, organismes professionnels, autorités et organismes publics, en vue de la gestion et de l'exécution de votre contrat et de la délivrance des prestations et du respect d'obligations légales ou réglementaires.

Les données relatives à la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme et les données relatives à la lutte contre la fraude sont partagées avec les entités de notre groupe et les personnes concernées, dans le strict respect de la législation. Les données traitées dans le cadre des dispositifs internationaux de lutte contre l'évasion fiscale sont transmises à l'administration française, laquelle se charge et maîtrise la communication des données aux autorités étrangères compétentes.

Les données d'identification, les coordonnées et les informations permettant de mesurer l'appétence à de nouveaux produits pourront être mises à disposition des entités de notre groupe, ainsi qu'à nos sous-traitants, à des distributeurs externes et partenaires commerciaux en vue de vous proposer de nouveaux produits et services.

Les données personnelles peuvent être traitées en dehors de l'Union européenne, mais uniquement pour les finalités décrites ci-dessus au 1.1. Si la législation de l'Etat de destination des données ne garantit pas un niveau de protection jugé comme équivalent par la Commission européenne à celui en vigueur dans l'Union, l'assureur exigera des garanties complémentaires conformément à ce qui est prévu par la réglementation en vigueur.

14.1.3 – Quelles précautions prenons-nous pour traiter les données de santé ?

Les données de santé sont traitées par du personnel spécialement sensibilisé à la confidentialité de ces données. Elles font l'objet d'une sécurité informatique renforcée.

14.1.4 – Combien de temps les données seront-elles conservées ?

Les données seront conservées pour la durée du contrat, augmentée de la prescription liée à toutes les actions découlant directement ou indirectement de l'adhésion (en l'absence de conclusion de contrat, vos données seront conservées pour une durée fixée par la réglementation en vigueur). En cas de sinistre ou de litige, la durée de conservation est prorogée aussi longtemps que cette situation nécessitera le recours aux informations personnelles vous concernant et jusqu'à écoulement de la prescription de toutes les actions qui y sont attachées. En tout état de cause, lorsqu'une obligation légale ou réglementaire nous impose de pouvoir disposer des informations personnelles vous concernant, celles-ci pourront être conservées aussi longtemps que cette obligation s'impose à nous.

14.2 – Les droits dont dispose l'adhérent

14.2.1 De quels droits dispose l'adhérent ?

L'adhérent dispose, s'agissant des données personnelles, d'un droit d'accès, de mise à jour, de rectification, d'opposition pour motif légitime, de limitation et de portabilité. Il peut en outre s'opposer, à tout moment et gratuitement, à l'utilisation de ses données à des fins de prospection commerciale.

14.2.2 Comment peut-il les faire valoir ?

Pour l'exercice des droits, une demande peut être adressée au Délégué à la Protection des Données à l'adresse suivante : 63 chemin Antoine PARDON 69814 TASSIN CEDEX.

14.2.3 En cas de difficulté

En cas de difficulté relative au traitement des informations personnelles, l'adhérent peut adresser une réclamation au Délégué à la Protection des Données 63 chemin Antoine PARDON 69814 TASSIN CEDEX.

En cas de difficulté persistante, il peut porter sa demande auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) – 3 Place de Fontenay – TSA 80715 – 75334 PARIS CEDEX 07.

15 – Faculté d'opposition au démarchage Téléphonique

L'adhérent dispose de la faculté de s'inscrire gratuitement sur la liste nationale d'opposition au démarchage téléphonique. Cette inscription entraînera l'interdiction pour tout professionnel et tout intermédiaire agissant pour son compte, de démarcher téléphoniquement l'adhérent, sauf en cas de relations contractuelles préexistantes. En sa qualité de client, cette inscription ne fera pas obstacle à l'utilisation de ses coordonnées téléphoniques pour lui présenter une offre ou une nouveauté sur les produits ou services de l'assureur.

AUTORITE DE CONTROLE :

L'autorité de contrôle des ACM
est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution,
4, Place de Budapest, CS92459 75436 Paris Cedex 09

Réf. 16.53.01 – 05/2021- Page 5 sur 26

PLAN SANTE CHAUSSURES (DETAILLANTS) A OPTIONS

CONTRAT SURCOMPLEMENTAIRE

Notice d'information 2014.1000F valant informations précontractuelles et contractuelles

PLAN SANTE CHAUSSURES (DETAILLANTS) A OPTIONS

ASSURANCE COLLECTIVE ET FACULTATIVE

DISPOSITIONS PRECONTRACTUELLES DE VENTE PAR DEMARCHAGE TELEPHONIQUE

DEFINITIONS

100% santé :

Dispositif par lequel les assurés peuvent bénéficier de certaines prestations d'optique, d'aides auditives et de prothèses dentaires intégralement remboursées par l'assurance maladie obligatoire et les complémentaires de santé, donc sans frais restant à leur charge, sous réserve que les professionnels de santé respectent les tarifs maximums.

Adhérent

- Salarié bénéficiaire du PLAN SANTE CHAUSSURES (DETAILLANTS) n° 2014.1000 souscrit par l'entreprise mentionnée sur le bulletin individuel d'adhésion et ayant souscrit PLAN SANTE CHAUSSURES (DETAILLANTS) A OPTIONS n°2014.1000 / F,
- Salarié en suspension du contrat de travail,
- Retraité.

Adhésion

Consentement donné par l'adhérent à l'assureur afin d'être affilié au contrat. Le consentement peut prendre deux formes :

- écrit, par la signature du bulletin individuel d'adhésion,
- oral, dans le cadre d'une vente par démarchage téléphonique.

Année d'assurance

Période comprise entre deux dates anniversaire de chaque adhésion individuelle. La date anniversaire correspond à la date d'effet de l'adhésion.

Assureur

Les ACM IARD S.A., dont le siège est à 4 rue Frédéric Guillaume RAFFEISEN, 67000 STRASBOURG et dont l'adresse postale est : 63 chemin Antoine Pardon 69814 TASSIN CEDEX.

Ayants droit

- le conjoint du participant non divorcé ou non séparé de corps judiciairement à la date de l'événement donnant lieu à prestation,
- le partenaire lié au participant par un Pacte Civil de Solidarité (Pacs),
- la personne vivant en concubinage avec le participant. Conformément à l'article 515-8 du Code civil, le concubinage est une union de fait caractérisée par une vie commune présentant un caractère de stabilité et de continuité, entre deux personnes, de sexe différent ou de même sexe, qui vivent en couple,
- les enfants à charge : sont considérés comme à la charge du participant tous les enfants légitimes, reconnus, adoptés ou recueillis, au sens de la législation fiscale

Base de Remboursement

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

On parle de :

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

Bénéficiaires

Personnes qui bénéficient des garanties au titre du présent contrat, à savoir les adhérents et éventuellement les ayants droit.

Bulletin individuel d'adhésion

Document par lequel le salarié :

- adhère au contrat,
- choisit les garanties,
- informe l'assureur de toute modification administrative (changement de situation familiale, naissance, changement d'adresse ...).

Conjoint

Par conjoint, on entend la personne :

- mariée et non séparée de corps judiciairement ;
- signataire d'un pacte civil de solidarité (conformément aux articles 515-1 et 515-2 du Code civil) ;
- en situation de concubinage (conformément à l'article 515-8 du Code civil).

Contrat

Il est composé des présentes conditions générales, du bulletin individuel d'adhésion et du tableau des garanties.

Contrat solidaire

Le bénéfice du contrat ne donne pas lieu au recueil préalable d'informations médicales auprès des bénéficiaires et les cotisations ne sont pas fixées en fonction de son état de santé.

Contrat responsable

Ce contrat s'inscrit dans le cadre du dispositif relatif aux contrats d'assurance complémentaire santé dits « responsables ».

Il respecte le cahier des charges des contrats dits « responsables » fixé par les articles L 871-1, R 871-1 et R 871-2 du Code de la Sécurité sociale sous réserve de la convention collective applicable dans l'entreprise mentionnée sur le bulletin individuel d'adhésion.

Date d'échéance

La date d'échéance est fixée au 31 décembre de chaque année.

Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée

Il s'agit d'un contrat conclu entre le médecin et la Sécurité sociale du type Contrat d'Accès aux Soins (CAS) ou Option Tarifaire Maîtrisée (OPTAM, OPTAM – CO) par lequel le médecin s'engage à limiter ses dépassements d'honoraires.

Honoraire Limite de Facturation (HLF)

Montant maximum pouvant être facturé par un chirurgien-dentiste conventionné avec l'assurance maladie obligatoire pour un acte donné. Les honoraires limites de facturation sont définis par la réglementation.

Notice d'information

Document établi par l'assureur et remis aux adhérents qui définit les garanties et leurs modalités d'entrée en vigueur.

Plafond de la Sécurité Sociale (PSS)

Le plafond de la Sécurité sociale est utilisé pour le calcul de certaines cotisations sociales et de certaines prestations de Sécurité sociale.

Chaque année, le plafond de la Sécurité sociale est revalorisé conformément aux règles prévues par le Code de la Sécurité sociale.

Prix limite de vente (PLV)

Le prix limite de vente correspond au prix maximum de vente d'un dispositif médical, au bénéficiaire. Les prix limites de vente sont fixés par la réglementation en vigueur.

Retraité

Ancien salarié qui a cessé de bénéficier du CONTRAT SOCLE souscrit par l'entreprise mentionnée sur le bulletin individuel d'adhésion et qui a liquidé ses droits à l'assurance vieillesse du régime de base.

PLAN SANTE CHAUSSURES (DETAILLANTS) A OPTIONS

CONTRAT SURCOMPLEMENTAIRE

Notice d'information 2014.1000F valant informations précontractuelles et contractuelles

Salarié en suspension du contrat de travail

Salarié dont le contrat de travail est suspendu sans maintien total ou partiel de salaire ou indemnités journalières complémentaires qui a cessé de bénéficier du contrat SOCLE.

Souscripteur:

Le souscripteur du PLAN SANTE CHAUSSURES (DETAILLANTS) A OPTIONS est :

- Les Caisses fédérales de Crédit Mutuel, de Crédit Mutuel Océan, de Crédit Mutuel Maine-Anjou-Basse-Normandie, de Crédit Mutuel Antilles-Guyane et de Crédit Mutuel Nord Europe, agissant pour le compte des Caisses de Crédit Mutuel qui leur sont respectivement affiliées ;
- Le CIC, agissant pour son compte propre et pour le compte des banques régionales CIC Est, CIC Nord-Ouest, CIC Ouest, CIC Sud-Ouest et CIC Lyonnaise de Banque.

Ticket modérateur

Part de dépense laissée à la charge du bénéficiaire des soins, correspondant à la différence entre le tarif de responsabilité et le remboursement du régime obligatoire d'assurance maladie.

I. DISPOSITIONS GENERALES

1 – Objet du contrat

Sauf dispositions contraires figurant au tableau des garanties, le contrat PLAN SANTE CHAUSSURES (DETAILLANTS) A OPTIONS 2014.1000 / F a pour objet le remboursement :

- aux ayants droit de l'adhérent, des frais de santé en cas de maladie, accident ou de maternité prévues par le contrat PLAN SANTE CHAUSSURES (DETAILLANTS) 2014.1000, souscrit par l'entreprise désignée par le bulletin individuel d'adhésion, à condition d'être pris en charge par le régime obligatoire de base de la Sécurité sociale, et en complément de ce dernier.
- aux adhérents et éventuellement à leurs ayants droit, des frais de santé en cas de maladie, d'accident ou de maternité, en complément des prestations :
- remboursées par le régime de base de la Sécurité sociale,
- prévues par le contrat PLAN CHAUSSURES (DETAILLANTS) 2014.1000, souscrit par l'entreprise désignée sur le bulletin individuel d'adhésion, le cas échéant.

Les remboursements sont fonction de l'option choisie par l'adhérent au titre du présent contrat. L'option retenue figure au bulletin individuel d'adhésion ou dans le courrier confirmant l'adhésion. L'assureur pourra proposer ultérieurement d'autres options à l'adhérent.

Les droits et obligations des parties sont définis par :

- les présentes conditions générales et les dispositions précontractuelles de vente par démarchage téléphonique,
- le bulletin individuel d'adhésion, complété et signé par l'adhérent,
- le tableau des garanties.

Les présentes conditions générales et leurs annexes sont établies en fonction de la réglementation en vigueur et pourront être révisées en cas d'évolution de cette dernière.

2 – Nature du contrat

PLAN SANTE CHAUSSURES (DETAILLANTS) A OPTIONS 2014.1000 / F est un contrat groupe d'assurance à adhésion facultative relevant de la branche 2 du Code des assurances (article R 321-1).

Il est conclu entre, d'une part, la société ACM IARD SA et, d'autre part :

- Les Caisses fédérales de Crédit Mutuel, de Crédit Mutuel Océan, de Crédit Mutuel Maine-Anjou-Basse-Normandie, de Crédit Mutuel Antilles-Guyane et de Crédit Mutuel Nord Europe, agissant pour le compte des Caisses de Crédit Mutuel qui leur sont respectivement affiliées ;

- Le CIC, agissant pour son compte propre et pour le compte des banques régionales CIC Est, CIC Nord-Ouest, CIC Ouest, CIC Sud-Ouest et CIC Lyonnaise de Banque.

Le contrat est régi par le Code des assurances.

Il peut faire l'objet de modifications. A cette occasion une information écrite est adressée aux adhérents.

L'adhésion au contrat est laissée au choix de chaque adhérent.

Les remboursements ou les indemnisations des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge du bénéficiaire après les remboursements de toute nature auxquels il a droit et avant la prise en charge instaurée par l'article L. 861-3 du code de la sécurité sociale.

Pour l'application du deuxième alinéa de l'article 9 de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989, les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit sa date de souscription. Dans cette limite, le bénéficiaire du contrat ou de la convention peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix.

Le contrat est solidaire, responsable et respecte ainsi les exigences fixées par les articles L 871-1, R 871-1 et R 871-2 du Code de la Sécurité sociale.

En cas d'évolution de la réglementation ayant pour effet de modifier la définition des critères du contrat solidaire et le cahier des charges du contrat responsable, les garanties pourront être adaptées.

II. VIE DU CONTRAT

3 – Adhésion au contrat

3.1 – Adhésion de l'adhérent

L'affiliation se concrétise soit par un échange de consentement oral dans le cadre d'une vente par démarchage téléphonique, soit par la signature du bulletin individuel d'adhésion comportant notamment :

- l'identité de l'adhérent,
- l'identité des ayants droit,
- la date d'effet,
- l'option retenue,
- le montant des cotisations,
- le régime de base obligatoire.

Dans le cadre d'une vente par démarchage téléphonique, l'affiliation prend effet lors de la conclusion du contrat et ne nécessite pas la signature du bulletin d'adhésion.

Les adhérents et, le cas échéant, leurs ayants droit sont couverts pour les frais engagés au titre des prescriptions réalisées durant leur période d'affiliation.

L'adhérent doit communiquer un relevé d'identité bancaire et une photocopie de l'attestation accompagnant la carte Vitale des bénéficiaires.

3.2- Affiliation des ayants droit

Pour être affilié, l'ayant droit doit être mentionné sur le bulletin individuel d'adhésion de l'adhérent.

Dans le cadre d'une vente par démarchage téléphonique, l'adhérent doit indiquer à son interlocuteur qu'il souhaite affilier ses ayants droit et lui donner toutes les informations nécessaires à leur affiliation.

PLAN SANTE CHAUSSURES (DETAILLANTS) A OPTIONS CONTRAT SURCOMPLEMENTAIRE

Notice d'information 2014.1000F valant informations précontractuelles et contractuelles

L'affiliation de l'ayant droit est immédiate à la date d'affiliation de l'adhérent ou à la date à laquelle il remplit les conditions pour avoir le statut d'ayant droit et, dans ce dernier cas, sous réserve d'avoir été porté dans les quinze jours à la connaissance de l'assureur via la transmission par l'adhérent d'un nouveau bulletin individuel d'adhésion.

L'affiliation de l'ayant droit et son maintien au contrat sont subordonnés à la remise de tout document justificatif que l'assureur se réserve le droit de demander et notamment un acte de naissance ou un certificat de scolarité.

En cas de modification du nombre d'ayant droit, un nouveau bulletin individuel d'adhésion devra être transmis à l'assureur.

3.3 - Adhésion des retraités et des salariés en suspension de contrat de travail

En complément des dispositions du présent contrat, le salarié en suspension du contrat de travail ou le retraité, doit demander son adhésion dans les deux mois suivant la fin de son adhésion au contrat SOCLE.

Les garanties cessent à la fin de la suspension de son contrat de travail non indemnisée.

4 – Effet, durée et renouvellement

L'adhésion prend effet :

- à la date de réception du bulletin individuel d'adhésion par l'assureur sous réserve de paiement de la prime initiale,
- ou à la date d'effet indiquée dans ce dernier si elle est postérieure, sous réserve du paiement de la prime initiale,
- ou quatorze jours calendaires révolus après la date de conclusion du contrat dans le cadre d'une vente par démarchage téléphonique, sauf demande expresse contraire de l'adhérent

L'affiliation est d'une durée minimum de douze mois.

L'affiliation vient à échéance le 31 décembre de chaque année et se renouvelle tous les 1^{er} janvier par tacite reconduction pour la durée d'un an supplémentaire, sauf résiliation par l'adhérent ou l'assureur dans les cas prévus à l'article « Résiliation ».

5 – Faculté de renonciation

L'adhérent dispose de la faculté de renoncer à l'adhésion suite à une vente par démarchage téléphonique.

L'article L.112-9 alinéa 1 du Code des assurances énonce notamment :

"I. – Toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, et qui signe dans ce cadre une proposition d'assurance ou un contrat à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique avec demande d'avis de réception pendant le délai de quatorze jours calendaires révolus à compter du jour de la conclusion du contrat, sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités."

Ce droit vous est reconnu pendant un délai de quatorze jours calendaires révolus.

Ce délai commence à courir à compter du jour :

- de l'adhésion du contrat ;
- de la réception des informations obligatoires et conditions contractuelles si cette date est postérieure, et expire le dernier jour à 24h00.

La conclusion du contrat entraîne l'adhésion immédiate de l'adhérent et paiement de la cotisation avant la fin du délai, sans remettre en cause sa faculté de renonciation.

Afin de renoncer au contrat, l'adhérent adresse à l'assureur, à l'adresse figurant sur le bulletin individuel d'adhésion ou au dernier avis d'échéance, une lettre recommandée ou un envoi recommandé électronique avec demande d'avis de réception suivant modèle ci-dessous :

"Je soussigné [nom, prénom] demeurant [adresse de l'adhérent] déclare renoncer à l'adhésion au contrat d'assurance n° [numéro de contrat figurant sur le bulletin d'adhésion au contrat] auquel j'avais adhéré le [date de l'adhésion] par l'intermédiaire de [nom et adresse de l'intermédiaire ayant proposé l'adhésion].

[Date]

[Signature de l'adhérent]"

La renonciation entraîne la résiliation de l'adhésion à compter de la date de réception de la lettre recommandée et l'adhésion est réputée n'avoir jamais existée.

En cas de renonciation, l'adhérent n'est tenu qu'au paiement de la prime correspondant à la période pendant laquelle le risque a couru, cette période étant calculée jusqu'à la date de la résiliation.

6 – Obligations de l'adhérent

L'adhérent s'engage à signaler à l'assureur, par écrit, dans un délai de quinze jours à partir du moment où il en a eu connaissance, tout changement de régime d'assurance maladie obligatoire.

En cas de frais de santé, l'adhérent doit remettre à l'assureur toutes pièces concernant les frais exposés lui permettant de déterminer le montant de sa participation.

Si l'adhérent ne fournit pas les pièces demandées, les frais de santé en cause ne sont pas remboursés.

Si l'adhérent ou le bénéficiaire fait de fausses déclarations, exagère le montant des frais, emploie comme justification des documents inexacts ou use de moyens frauduleux, il est entièrement déchu de tout droit aux prestations.

7 – Cotisations

7.1 – Fixation des cotisations

Le montant des cotisations est fixé au bulletin individuel d'adhésion. Elles sont déterminées en fonction des garanties du contrat PLAN SANTE CHAUSSURES (DETAILLANTS) 2014.1000 souscrit par l'entreprise mentionnées au bulletin individuel d'adhésion.

Les cotisations annuelles sont calculées sur 360 jours (12 mois de trente jours) :

- pour le bénéficiaire présent un mois calendaire entier, la cotisation est celle indiquée dans le bulletin individuel d'adhésion (soit 1/12^e du tarif annuel) ;
- pour le bénéficiaire entrant ou sortant de l'effectif assuré en cours de mois, un prorata en nombre de jours de présence est appliqué à la cotisation du mois (1/360^e du tarif annuel par jour de présence).

Les cotisations sont susceptibles d'évoluer en fonction, notamment :

- de la modification du niveau de garanties assuré par le PLAN SANTE CHAUSSURES (DETAILLANTS) 2014.1000 ;
- du coût des actes médicaux ;
- de toute modification du régime obligatoire de base ;
- des résultats constatés du régime ;
- de la variation familiale de l'effectif assuré ;
- de la contribution à la couverture maladie universelle ;
- de la réglementation sociale et fiscale.

Il est précisé que l'adhérent reste seul redevable des éventuels impôts et taxes, présents ou futurs, qui s'appliqueraient au contrat et dont la charge viendrait majorer le montant des cotisations.

PLAN SANTE CHAUSSURES (DETAILLANTS) A OPTIONS CONTRAT SURCOMPLEMENTAIRE

Notice d'information 2014.1000F valant informations précontractuelles et contractuelles

7.2 – Paiement des cotisations

Les cotisations sont réglées par l'adhérent, mensuellement d'avance.

A défaut de paiement des cotisations dans les dix jours suivant l'échéance prévue, la contractante donne mandat à l'assureur de lui adresser une lettre de mise en demeure puis de résilier l'adhésion si les cotisations n'ont pas été acquittées dans les quarante jours suivants l'envoi.

Lorsque la cotisation a été fractionnée, toutes les fractions non encore payées de l'année d'assurance en cours deviendront automatiquement exigibles après l'envoi de la lettre de mise en demeure.

L'envoi de cette mise en demeure est indépendant du droit de l'assureur de poursuivre l'exécution du contrat en justice.

Si la cotisation demeure impayée après la résiliation de l'adhésion, l'assureur pourra poursuivre le recouvrement des sommes qui lui sont dues, ce qui s'entend de l'intégralité de la prime non payée jusqu'à la date de résiliation de l'adhésion, ainsi que d'une pénalité correspondant à deux mois de cotisations.

8 – Résiliation

• Résiliation à l'initiative de l'adhérent

A l'issue de la première année d'assurance, la résiliation par l'adhérent pourra être demandée à tout moment moyennant un préavis d'un mois.

L'adhérent peut résilier en adressant à l'assureur une demande, au choix de l'adhérent :

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

L'assureur confirme par écrit la réception de la notification.

La résiliation du contrat SURCOMPLEMENTAIRE n'entraîne pas la résiliation de l'adhésion du contrat SOCLE souscrit par l'entreprise mentionnée au bulletin individuel d'adhésion.

L'adhésion peut être résiliée par l'adhérent avant la date d'échéance en cas de modification de ses droits et obligations.

L'adhérent demande la résiliation dans les quinze jours suivant la date de connaissance de la modification et prendra effet un mois après notification à l'assureur.

A l'issue de la première année d'assurance, l'adhésion est résiliable par l'adhérent en cas d'augmentation de la cotisation appliquée dans les conditions prévues à l'article « Fixation des cotisations ». L'adhérent pourra résilier l'adhésion dans un délai de vingt jours suivant la date d'envoi de l'avis d'échéance et prendra effet un mois après notification à l'assureur.

• Résiliation à l'initiative de l'Assureur

L'adhésion peut être résiliée par l'assureur avant sa date d'échéance :

- en cas de non-respect des obligations prévues à l'article « Obligations de l'adhérent » ;
- en cas de non-paiement de la prime dans les conditions de l'article 7.2 ;
- en cas de résiliation du contrat SOCLE.

L'adhésion est résiliée de plein droit lorsque l'adhérent n'est plus affilié au PLAN SANTE CHAUSSURES (DETAILLANTS) 2014.1000 souscrit par l'entreprise mentionnée au bulletin individuel d'adhésion.

9 – Fraude et fausse déclaration

Si l'adhérent ou les bénéficiaires, font de fausses déclarations sur la date, la nature, les causes, les circonstances ou les conséquences du sinistre, exagèrent le montant des frais, emploient comme justification des documents inexacts ou

usent de moyens frauduleux, ils perdent pour ce sinistre le bénéfice des garanties de votre contrat.

Toute somme indûment versée fera l'objet d'une action aux fins de remboursement, et le cas échéant de suites judiciaires.

En cas d'événement mettant en jeu le présent contrat, l'adhérent ou les bénéficiaires sont tenus de déclarer à l'assureur l'existence des autres contrats d'assurance à caractère indemnitaire et/ou forfaitaire couvrant le même risque (cf. alinéa 7 de l'article « Nature du contrat »). Auprès de notre organisme, vous ne pouvez souscrire qu'un seul contrat de même nature.

10 – Subrogation

L'assureur est subrogé, jusqu'à concurrence des prestations payées, dans les droits et actions de l'adhérent contre tout tiers responsable d'une atteinte à sa personne entraînant le versement de prestations, conformément aux dispositions du Code des assurances.

Les prestations payées constituent ainsi une avance sur recours.

11 – Cessation des garanties

Les garanties cessent :

- pour tous les bénéficiaires, à la date d'effet de la résiliation de l'adhésion.
- pour chaque adhérent, **en cas de déclaration erronée faite dans le but d'obtenir des prestations indues (en cas de réticence ou fausse déclaration), la garantie de l'adhérent est nulle.**
- pour chaque ayant droit :
 - à la date à laquelle l'adhérent cesse de bénéficier des garanties ;
 - à la date à laquelle il perd le statut d'ayant droit sur demande de l'adhérent auprès de l'assureur ;
 - après une année d'assurance sur demande de l'adhérent auprès de l'assureur.

12 – Etendue territoriale

Les garanties du présent contrat s'appliquent dans tous les états membres de l'Union Européenne, y compris les départements et régions français d'outre-mer (DOM-ROM) sous réserve du maintien du régime français de Sécurité sociale.

Elles s'exercent également dans le monde entier pour les voyages ou séjours n'excédant pas six mois.

Le règlement des frais à l'étranger est effectué sur la base des factures originales détaillées acquittées et des justificatifs de participation du régime de base, ainsi que du motif des soins dispensés à l'étranger.

Les soins non pris en charge par la Sécurité sociale ne peuvent faire l'objet d'aucun remboursement.

Les frais exposés à l'étranger sont remboursés en euros selon les mêmes critères que les soins dispensés en France dans la limite des frais réels convertis en euros.

Les modalités de prises en charge sont définies dans le tableau de garanties.

PLAN SANTE CHAUSSURES (DETAILLANTS) A OPTIONS

CONTRAT SURCOMPLEMENTAIRE

Notice d'information 2014.1000F valant informations précontractuelles et contractuelles

Des renseignements complémentaires peuvent être demandés par l'assureur notamment pour déterminer le montant de participation (caractéristique du séjour, copie de factures, nature des soins ou traduction).

13 – Prescription

La prescription est la date ou la période au-delà de laquelle aucune réclamation n'est plus recevable.

Elle est régie par les règles ci-dessous, édictées par le Code des assurances, lesquelles ne peuvent être modifiées, même d'un commun accord, par les parties au contrat d'assurance.

Aux termes de l'article L.114-1, « toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'évènement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

1. en cas de réticence, omission, déclaration fautive 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. »

Aux termes de l'article L.114-2, la prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique, 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.

Les causes d'interruption ordinaires sont les suivantes :

- toute assignation ou citation en justice, même en référé ;
- tout acte d'exécution forcée ;
- toute reconnaissance par l'assureur du droit à garantie de l'assuré ;
- toute reconnaissance de dette de l'assuré envers l'assureur ;
- une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution.

III. GARANTIES

14 – Objet des garanties

Les garanties ont pour objet de compléter les prestations servies par le PLAN SANTE CHAUSSURES (DETAILLANTS) 2014.1000 souscrit par l'entreprise mentionnée au bulletin individuel d'adhésion.

En cas de modification du niveau de garantie prévu au contrat PLAN SANTE CHAUSSURES (DETAILLANTS) 2014.1000, les garanties du contrat PLAN SANTE CHAUSSURES (DETAILLANTS) A OPTIONS 2014.1000 / F peuvent être adaptées en conséquence.

Les garanties sont exprimées

- soit en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale incluant le remboursement du régime de base, dans la limite des frais réels ;
- soit en pourcentage des frais réels, déduction faite du remboursement du régime de base ;
- soit en euros dans la limite d'un forfait dans l'année d'assurance ou d'un forfait journalier, en complément du remboursement du régime obligatoire, dans la limite des frais réels ;
- soit en pourcentage du plafond mensuel de la Sécurité sociale, dans la limite des frais réels.

Le niveau de remboursement dépend de l'option choisie par l'adhérent via le bulletin individuel d'adhésion.

15 – Situation des ayants droit

Lorsque les ayants droit sont couverts à titre obligatoire par le contrat PLAN SANTE CHAUSSURES (DETAILLANTS) 2014.1000 souscrit par l'entreprise mentionnée au bulletin individuel d'adhésion, les options souscrites par l'adhérent bénéficient également à ses ayants droit.

Lorsque les ayants droit ne sont pas couverts par le contrat PLAN SANTE CHAUSSURES (DETAILLANTS) 2014.1000 souscrit par l'entreprise mentionnée au bulletin individuel d'adhésion, l'adhérent peut opter pour :

- la seule extension à ses ayants droit des garanties souscrites par l'entreprise ;
- ou retenir, pour lui-même et ses ayants droit, l'une des options proposées. Dans ce cas, l'extension de garanties visée à l'alinéa précédent s'applique d'office aux ayants droit.

16 – Changement d'option par l'adhérent

En cas de pluralité d'options, l'adhérent peut demander à bénéficier d'une autre option telles que proposées au bulletin individuel d'adhésion.

Aucun changement d'option n'est possible la première année d'assurance.

Après une année d'assurance, le changement d'option est possible à tout moment et la nouvelle option choisie s'applique au minimum pour douze mois à l'ensemble des bénéficiaires.

A l'issue de cette période, l'option retenue est reconduite automatiquement, sauf demande de changement par l'adhérent.

17 – Etendue des garanties

Les garanties sont détaillées au tableau figurant en annexe « Tableau des garanties ».

Le niveau des garanties inclut les :

- remboursements du régime de base de la Sécurité sociale,
- prestations qui sont remboursées au titre du PLAN SANTE CHAUSSURES (DETAILLANTS) 2014.1000 souscrit par l'entreprise mentionnée au bulletin individuel d'adhésion.

Seuls les dépassements autorisés par la Sécurité sociale sont pris en charge selon les différentes formules, s'ils sont pratiqués avec tact et mesure.

Les actes de prévention mentionnés dans le tableau de garantie s'entendent des actes listés par arrêté ministériel. L'ensemble des actes inscrits sur cette liste font l'objet d'un remboursement dès lorsqu'ils sont prescrits par le médecin traitant.

Les prestations sont versées au bénéficiaire dans les conditions détaillées à l'annexe 1.

Les bénéficiaires disposent d'une convention d'assistance détaillée en annexe 2,

IV. DISPOSITIONS DIVERSES

18 – Loi applicable

La loi applicable au contrat et à la relation précontractuelle est la loi française, y compris les dispositions impératives applicables aux départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle et sous réserve, pour les risques situés dans la Principauté de Monaco, des dispositions impératives de la loi monégasque.

PLAN SANTE CHAUSSURES (DETAILLANTS) A OPTIONS CONTRAT SURCOMPLEMENTAIRE

Notice d'information 2014.1000F valant informations précontractuelles et contractuelles

Toute relation entre les parties se fait en langue française, ce que chaque partie accepte expressément.

Les références législatives ou réglementaires, contenues dans le présent document ou dans les documents auxquels il renvoie, qui évoluent, sont remplacées par les références des nouveaux textes de même contenu.

19 – Réclamation

En cas de difficulté dans l'application ou l'interprétation du contrat, l'adhérent consulte d'abord son interlocuteur habituel.

Si sa réponse ne le satisfait pas, il peut adresser une réclamation au :

Responsable des relations consommateurs
ACM IARD SA
4 rue Frédéric-Guillaume RAIFFEISEN – 67000
STRASBOURG

Une réponse lui sera apportée dans le plus bref délai, lequel ne saurait excéder deux mois sauf circonstances exceptionnelles qui lui seraient alors exposées.

Les réclamations afférentes à des contrats souscrits par des particuliers via internet peuvent être présentées à la plateforme européenne de Règlement en ligne des Litiges, accessible à l'adresse suivante : <https://webgate.ec.europa.eu/odr>.

20 – Médiation

Dans l'éventualité d'une persistance de la difficulté ou du différend, le Médiateur de l'Assurance peut être saisi de la réclamation d'un particulier.

Exerçant sa mission en toute indépendance, le Médiateur ne peut intervenir qu'après épuisement des procédures internes de règlement des litiges et à la condition qu'aucune action contentieuse n'ait été engagée.

Après avoir instruit le dossier, le Médiateur rend un avis motivé dans les trois mois. Cet avis ne lie pas les parties.

Pour de plus amples informations, l'adhérent est invité à consulter la Charte de la Médiation de l'Assurance sur le site de l'association « La Médiation de l'Assurance ». Vous pouvez présenter votre réclamation à l'adresse suivante : www.mediation-assurance.org ou par voie postale à : La Médiation de l'Assurance, TSA 50110, 75441 Paris Cedex 09.

21 – Données à caractère personnel

21.1 – Le traitement des données à caractère personnel

21.1.1 – Pourquoi traitons-nous les données à caractère personnel ?

La collecte et le traitement des données personnelles sont tout d'abord nécessaires à l'analyse des besoins et attentes en matière d'assurance, à l'évaluation des risques, à la tarification, à la mise en place, puis à l'exécution du contrat.

Certains traitements sont ensuite nécessaires au respect d'obligations légales résultant de normes nationales ou internationales, ce qui s'entend essentiellement de la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme ou, le cas échéant, de la lutte contre l'évasion fiscale (dispositifs FICOVIE, IFU, FATCA, EAI, ...) ou la gestion des contrats d'assurance vie non réclamés.

Dans le cadre de ces obligations en matière de prévention du blanchiment des capitaux et de financement du terrorisme, nous sommes également susceptibles d'utiliser et d'analyser les données à caractère personnel en vue de l'établissement du profil de la personne concernée et la détermination du risque de blanchiment de capitaux et financement du terrorisme selon les critères du Code monétaire et financier.

Les données sont également utilisées au service de nos intérêts légitimes, notamment à des fins de prospection commerciale et de démarchage, pour la réalisation d'études statistiques et actuarielles et pour lutter contre la fraude à l'assurance. On précisera que la lutte contre la fraude est opérée dans l'intérêt légitime de l'assureur, mais aussi pour la protection de la communauté des assurés. Il est précisé aussi qu'une fraude avérée pourra conduire à l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude et que cette inscription pourra bloquer toute entrée en relation contractuelle avec l'assureur pendant cinq ans.

Enfin, les données peuvent être utilisées, avec l'accord de l'adhérent, en vue de proposer des produits et services complémentaires.

21.1.2 – A qui les données peuvent-elles être transmises ?

Les données personnelles peuvent être adressées à nos éventuels sous-traitants, prestataires, mandataires, réassureurs et coassureurs, fonds de garantie, organismes professionnels, autorités et organismes publics, en vue de la gestion et de l'exécution de votre contrat et de la délivrance des prestations et du respect d'obligations légales ou réglementaires.

Les données relatives à la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme et les données relatives à la lutte contre la fraude sont partagées avec les entités de notre groupe et les personnes concernées, dans le strict respect de la législation. Les données traitées dans le cadre des dispositifs internationaux de lutte contre l'évasion fiscale sont transmises à l'administration française, laquelle se charge et maîtrise la communication des données aux autorités étrangères compétentes.

Les données d'identification, les coordonnées et les informations permettant de mesurer l'appétence à de nouveaux produits pourront être mises à disposition des entités de notre groupe, ainsi qu'à nos sous-traitants, à des distributeurs externes et partenaires commerciaux en vue de vous proposer de nouveaux produits et services.

Les données personnelles peuvent être traitées en dehors de l'Union européenne, mais uniquement pour les finalités décrites ci-dessus au 1.1. Si la législation de l'Etat de destination des données ne garantit pas un niveau de protection jugé comme équivalent par la Commission européenne à celui en vigueur dans l'Union, l'assureur exigera des garanties complémentaires conformément à ce qui est prévu par la réglementation en vigueur.

21.1.3 – Quelles précautions prenons-nous pour traiter les données de santé ?

Les données de santé sont traitées par du personnel spécialement sensibilisé à la confidentialité de ces données. Elles font l'objet d'une sécurité informatique renforcée.

21.1.4 – Combien de temps les données seront-elles conservées ?

Les données seront conservées pour la durée du contrat, augmentée de la prescription liée à toutes les actions découlant directement ou indirectement de l'adhésion (en l'absence de conclusion de contrat, vos données seront conservées pour une durée fixée par la réglementation en vigueur).

PLAN SANTE CHAUSSURES (DETAILLANTS) A OPTIONS

CONTRAT SURCOMPLEMENTAIRE

Notice d'information 2014.1000F valant informations précontractuelles et contractuelles

En cas de sinistre ou de litige, la durée de conservation est prorogée aussi longtemps que cette situation nécessitera le recours aux informations personnelles vous concernant et jusqu'à écoulement de la prescription de toutes les actions qui y sont attachées. En tout état de cause, lorsqu'une obligation légale ou réglementaire nous impose de pouvoir disposer des informations personnelles vous concernant, celles-ci pourront être conservées aussi longtemps que cette obligation s'impose à nous.

21.2 – Les droits dont dispose l'adhérent

21.2.1 De quels droits dispose l'adhérent ?

L'adhérent dispose, s'agissant des données personnelles, d'un droit d'accès, de mise à jour, de rectification, d'opposition pour motif légitime, de limitation et de portabilité. Il peut en outre s'opposer, à tout moment et gratuitement, à l'utilisation de ses données à des fins de prospection commerciale.

21.2.2 Comment peuvent-ils les faire valoir ?

Pour l'exercice des droits, une demande peut être adressée au Délégué à la Protection des Données à l'adresse suivante : 63 chemin Antoine PARDON 69814 TASSIN CEDEX.

21.2.3 En cas de difficulté

En cas de difficulté relative au traitement des informations personnelles, l'adhérent peut adresser une réclamation au Délégué à la Protection des Données 63 chemin Antoine PARDON 69814 TASSIN CEDEX.

En cas de difficulté persistante, l'adhérent peut porter sa demande auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) – 3 Place de Fontenoy – TSA 80715 – 75334 PARIS CEDEX 07.

22 – Faculté d'opposition au démarchage téléphonique

L'adhérent dispose de la faculté de s'inscrire gratuitement sur la liste nationale d'opposition au démarchage téléphonique. Cette inscription entraînera l'interdiction pour tout professionnel et tout intermédiaire agissant pour son compte, de démarcher téléphoniquement l'adhérent, sauf en cas de relations contractuelles préexistantes. En sa qualité de client, cette inscription ne fera pas obstacle à l'utilisation de ses coordonnées téléphoniques pour lui présenter une offre ou une nouveauté sur les produits ou services de l'assureur.

AUTORITE DE CONTROLE :

L'autorité de contrôle des ACM
est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution,
4, Place de Budapest, CS92459 75436 Paris Cedex 09

Notice d'information

Annexe 1 : Règlement des prestations

Pour toute demande de remboursement, l'adhérent fera figurer son numéro d'adhésion sur les documents transmis.

Pour les soins remboursés par la Sécurité sociale avec ou sans télétransmission directe des informations vers les Assurances du Crédit Mutuel

L'assureur s'engage à prendre en charge les soins remboursés par la Sécurité sociale au minimum à hauteur du ticket modérateur.

Le règlement est effectué sur la base des décomptes transmis directement par le régime obligatoire d'assurance maladie de l'adhérent à l'assureur. Si le régime obligatoire ne peut pas transmettre directement le décompte, l'adhérent devra envoyer à l'assureur les originaux des décomptes de remboursement.

Dans le cas où le décompte ne mentionne pas les frais réels, notamment pour l'optique et le dentaire, l'adhérent y joindra les factures et notes attestant du montant de la dépense réelle ; à défaut, les frais réels sont considérés comme n'excédant pas le tarif retenu par le régime obligatoire.

Pour déterminer le montant de sa participation, l'assureur peut demander la facture détaillée et, le cas échéant, la prescription médicale. A réception, l'assureur fixe le montant de sa participation en fonction des garanties souscrites et procède au remboursement.

Sous réserve d'acceptation par votre professionnel de santé, vous pouvez obtenir la dispense d'avance de vos frais de santé remboursés par la Sécurité sociale à hauteur du ticket modérateur ainsi que du forfait journalier hospitalier.

La présentation de votre attestation de tiers payant SP Santé et de votre carte Vitale suffit pour bénéficier du tiers payant.

Pour les autres frais remboursés ou non par la Sécurité sociale

HOSPITALISATION

L'hospitalisation désigne généralement un séjour dans un établissement de santé public ou privé, en vue du traitement médical d'un besoin de santé (soit d'une maladie, d'un accident ou d'une maternité). Ce séjour peut être avec ou sans nuitée (hospitalisation en ambulatoire). L'hospitalisation à domicile constitue une alternative à l'hospitalisation classique, et permet d'assurer des soins chez le patient.

Honoraires

Il s'agit des honoraires des praticiens et auxiliaires médicaux afférents aux soins dispensés au cours d'une hospitalisation dans un établissement de santé. Les honoraires comprennent le ticket modérateur exprimé en pourcentage de la base de remboursement, ainsi que la participation forfaitaire pour les actes lourds et le forfait journalier hospitalier.

Le taux de remboursement varie selon l'adhésion ou non du professionnel de santé à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée.

Le forfait journalier hospitalier

Il s'agit d'un forfait dû pour tout séjour hospitalier d'une durée supérieure à 24 heures dans un établissement de santé (participation aux frais d'hébergement et d'entretien).

Seul le forfait journalier hospitalier mentionné à l'article L 174-4 du code de la sécurité sociale c'est-à-dire facturé par les établissements de santé fait l'objet d'un remboursement. Le forfait journalier facturé par les établissements médico-sociaux ne fait pas l'objet d'une prise en charge (exemple : les maisons d'accueil spécialisées ou les EHPAD).

Participation forfaitaire actes lourds

Il s'agit d'un forfait qui s'applique pour les actes dits « lourds » pratiqués en ville ou en établissement de santé et dont le tarif est égal ou supérieur à un montant fixé réglementairement.

Frais de chambre particulière et d'accompagnement

Le règlement est effectué sur présentation des factures détaillées acquittées.

SOINS COURANTS

Il s'agit de l'ensemble des prestations de soins dispensées par des professionnels de santé en dehors d'une hospitalisation ou d'un hébergement dans des établissements de santé ou médico-sociaux.

Les honoraires médicaux

Seuls les dépassements autorisés par la Sécurité sociale sont pris en charge selon les différentes formules.

Pour que le contrat complémentaire santé soit responsable, le taux de remboursement des honoraires médicaux des médecins n'ayant pas souscrit à un dispositif de pratiques tarifaires maîtrisées prévu par la convention médicale sera toujours inférieur au taux de remboursement de ceux ayant adhéré à ce contrat.

Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée

Il s'agit d'un contrat conclu entre le médecin et la Sécurité sociale du type Contrat d'Accès aux Soins (CAS) ou Option Tarifaire Maîtrisée (OPTAM, OPTAM – CO) par lequel le médecin s'engage à limiter ses dépassements d'honoraires.

Les actes techniques et médicaux

Il s'agit des actes réalisés par un médecin ou un spécialiste lors d'une consultation par exemple un frottis pour le gynécologue ou une extraction de dent pour le chirurgien-dentiste.

Les honoraires paramédicaux

Un acte paramédical est un acte effectué par des auxiliaires médicaux tels que les infirmiers, les masseurs – kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes et pédicures/podologues.

Médicament

Il s'agit de l'ensemble des spécialités remboursables inscrites à la liste mentionnée à l'article L 162-17 du code de la Sécurité sociale.

Matériel médical (dont orthopédie et appareillage hors aides auditives)

Les frais d'appareillage sont pris en charge sur la base des éléments transmis par le régime de base. Une facture détaillée pourra vous être demandée pour déterminer notre participation forfaitaire.

Frais exposés en cas de cure thermique

Le règlement est effectué sur présentation des factures détaillées acquittées.

Médicaments et moyens contraceptifs médicalement prescrits, ayant fait l'objet d'une autorisation de mise sur le marché et non pris en charge par le régime de base

Le règlement est effectué sur la base de l'original de la facture acquittée détaillée comprenant obligatoirement :

- l'identification de l'officine française ;
- l'identification de l'adhérent et/ou des bénéficiaires ;
- la date d'achat ;
- le nom commercial du médicament ou du moyen contraceptif, avec son prix ;
- le montant total de la facture.

La participation prévue dans le tableau des garanties pour les médicaments sans prise en charge de la Sécurité sociale s'applique exclusivement aux médicaments non homéopathiques vendus en pharmacie d'officine en France. La condition de la vente en pharmacie d'officine en France s'applique également aux moyens contraceptifs.

Notice d'information

Annexe 1 : Règlement des prestations

AIDES AUDITIVES

Les aides auditives aussi appelées audioprothèses sont des dispositifs médicaux visés par la nomenclature relative aux aides auditives, ayant pour objectif de compenser une perte auditive par un appareillage adéquat.

L'équipement auditif est pris en charge une fois tous les 4 ans à compter de la date d'achat du précédent équipement et s'entend pour chaque oreille indépendamment. Le forfait inclut le remboursement de la Sécurité sociale dans la limite des frais réels.

Equipements 100% santé

Les aides auditives sont prises en charge intégralement sous réserve que les professionnels de santé respectent les prix limites de vente fixés règlementairement.

Equipements libre

L'aide auditive est pris en charge à hauteur du forfait indiqué dans le tableau de garantie, au minimum à hauteur du ticket modérateur et dans la limite du forfait prévu par l'article R.871-2 du code de la Sécurité sociale.

Pile et autres consommables

La garantie piles et autres consommables s'entend par an et elle est pris en charge au minimum à hauteur du ticket modérateur

Cécité

La cécité se définit par une acuité visuelle inférieure à 1/20° après correction.

OPTIQUE

Ce poste comprend les dispositifs médicaux et prestations relatifs à l'optique.

Pour les remboursements optiques la date prise en compte est :

- celle retenue par le régime de base obligatoire pour son remboursement (monture, verres ou lentilles prises en charge par la Sécurité sociale) ;
- la date d'achat lorsqu'il n'y a pas de remboursement d'un régime obligatoire, notamment pour les lentilles.

Les forfaits s'entendent y compris les remboursements déjà opérés par l'assurance maladie obligatoire ainsi que par les garanties complémentaires souscrites qui interviennent devant la garantie prévue au présent contrat, dans la limite des frais réels.

Pour les bénéficiaires jusqu'à 15 ans inclus

Le remboursement est accordé lorsqu'un délai de 12 mois s'est écoulé entre la date de deux achats optiques.

Le remboursement est accordé tous les 6 mois pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur.

Par dérogation, en cas d'évolution de la vue justifiée par une nouvelle prescription ophtalmologique, le renouvellement de la prise en charge des verres est possible sans délai pour l'acquisition de verres.

Pour les bénéficiaires à partir de 16 ans

Le remboursement est accordé lorsqu'un délai de 24 mois s'est écoulé entre la date de deux achats optiques. Ce délai est ramené à 12 mois lorsque le renouvellement de l'équipement fait suite à une évolution de la vue qui devra être justifiée par la prescription médicale ou par le devis et la facturation de l'opticien.

Par dérogation, en cas d'évolution de la vue justifiée par une nouvelle prescription médicale, le renouvellement de la prise en charge de l'équipement optique est réduit à un an.

Dans tous les cas, aucun délai de renouvellement des verres n'est requis en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières faisant l'objet d'une nouvelle prescription ophtalmologique.

La période pendant laquelle un équipement peut être remboursé s'apprécie à la date d'achat du dernier élément de l'équipement.

Les différents types de verres sont définis de la manière suivante :

- Verres simples :

- o verres unifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre -6,00 et +6,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4,00 ;
- o verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries

- Verres complexes :

- o verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone -6,00/+6,00 dioptries
- o verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6,00 et 0 dioptrie et dont le cylindre est supérieur à +4,00 dioptrie
- o verre unifocaux sphéro-cylindrique dont la sphère est inférieure à -6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie
- o verre unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme (sphère + cylindre) est supérieure à 6,00 dioptrie
- o verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre -8,00 et +8,00 dioptrie
- o verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4,00 dioptrie
- o verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 8,00 dioptries

- Verres très complexes :

- o verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone -8,00 à +8,00 dioptries ;
- o verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à +4,00 dioptrie
- o Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -8,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie
- o Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme (sphère+cylindre) est supérieure à 8,00 dioptrie

Le remboursement est effectué sur la base de la codification LPP (Liste des Produits et Prestations de la Sécurité sociale) figurant sur la facture de l'opticien qui détermine la nature des verres et la garantie appliquée selon le tableau des garanties.

Equipement 100% santé

Ce poste vise les équipements (verres et/ou monture) relevant du dispositif 100% santé. Les prestations et les montants sont définis par la nomenclature des opticiens. La prise en charge des actes entrant dans ce dispositif est intégrale, sous réserve que le professionnel de santé respecte les prix limite de vente imposés par la nomenclature.

En cas d'achat d'un élément (verres ou monture) appartenant au dispositif 100% santé et l'autre élément dont le tarif n'est pas réglementé, la garantie de ce dernier se limite au forfait indiqué déduction faite du montant de l'élément pris en charge par le dispositif 100% santé.

Prestation d'adaptation et autres suppléments

La prestation d'adaptation est un examen de la vue réalisé par un opticien, afin d'ajuster la correction et renouveler l'équipement optique, sur la base d'une ancienne prescription ophtalmologique en cours de validité.

Notice d'information

Annexe 1 : Règlement des prestations

Les autres suppléments concernent tout supplément facturable sur les verres par un opticien, en réponse à des pathologies oculaires particulières conformément à la réglementation optique.

AUTRES GARANTIES

Les prestations optiques sans prise en charge de la Sécurité sociale

Le règlement des forfaits optiques non prises en charge par la Sécurité sociale intervient sur présentation d'une facture détaillée acquittée comprenant obligatoirement :

- l'identification du praticien ;
- l'identification de l'adhérent et/ou des bénéficiaires ;
- la date de prescription ;
- la date de paiement ;
- la nature exacte de l'acte ou de l'achat pour les lentilles et produits d'entretien ; et les références Sécurité sociale des produits ;
- le montant total de la facture.

DENTAIRE

Le poste dentaire recouvre l'ensemble des prestations relatives aux actes bucco-dentaires.

Soins

Il s'agit de l'ensemble des soins conservateurs, chirurgicaux ou de prévention.

Prothèses dentaires :

Une prothèse dentaire est un dispositif de substitution utilisé pour remplacer des dents manquantes, malades, ou arrachées.

Il s'agit de l'ensemble des actes prothétiques inscrits à la nomenclature dentaire.

Soins et prothèses 100% santé

Ce poste vise les soins et prothèses relevant du dispositif 100% santé. Les actes et les montants sont définis par la convention nationale avec les chirurgiens-dentistes. La prise en charge des actes entrant dans ce dispositif est intégrale, sous réserve que le professionnel de santé respecte les prix limite de vente imposés par la convention.

Les actes dentaires non pris en charge et l'implantologie

La participation prévue au Tableau des garanties pour les actes dentaires hors nomenclature dentaire et l'implantologie est soumise à l'avis du chirurgien-dentiste consultant de l'assureur. Seuls les actes approuvés par le dentiste consultant seront admis au remboursement sur la base d'une facture originale détaillée comprenant obligatoirement :

- l'identification du praticien,
- l'identification de l'adhérent et/ou des bénéficiaires,
- la date d'exécution et de paiement,
- la nature exacte des actes effectués, les références de la ou des dents traitées ou remplacées,
- le montant payé par acte dispensé et le montant total de la facture.

Médecines complémentaires

Prise en charge sur présentation de l'original de la facture acquittée détaillée avec mention de l'identification du praticien exerçant en France dans le cadre de la réglementation en vigueur, de l'adhérent, du ou des bénéficiaires, de la nature de l'acte, du nombre de séances, du prix de l'acte et du montant total perçu.

Forfait naissance, adoption

Versement, par enfant né viable, d'une allocation forfaitaire sur production d'un extrait de naissance. En cas de naissance multiple, l'allocation est doublée. En cas d'adoption plénière d'un enfant âgé de moins de cinq ans, versement de l'allocation sur production de la copie du jugement.

Les actes de prévention

Les actes de prévention mentionnés dans le tableau de garantie s'entendent des actes listés par arrêté ministériel dans le cadre des obligations de prise en charge des contrats responsables. L'ensemble des actes inscrits sur cette liste font l'objet d'un remboursement dès lors qu'ils sont prescrits par le médecin traitant.

Notice d'information

Annexe 2 : Convention d'assistance

CONVENTION D'ASSISTANCE

Les dispositions qui suivent ont pour objet de définir les services d'assistance qui peuvent être accordés aux bénéficiaires d'un contrat complémentaire santé.

ASSISTANCE SERVICE PLUS

Ces garanties s'exercent uniquement en France métropolitaine

1. GARANTIE AU DOMICILE EN CAS D'ACCIDENT OU DE MALADIE

Le premier réflexe doit être d'appeler les pompiers ou le SAMU et le médecin traitant.

En France, les secours de première urgence sont gratuits.

Toutefois, en cas de difficultés, MONDIAL ASSISTANCE France pourra communiquer au bénéficiaire les coordonnées de ces services publics.

1.1. RECHERCHE DE MÉDICAMENTS

En cas d'accident survenu au domicile ou de maladie non chronique, si à la suite de la délivrance d'une ordonnance nécessitant l'achat urgent de médicaments indispensables, le bénéficiaire n'est pas en mesure de se déplacer de son domicile, Mondial Assistance France fait le nécessaire pour rechercher, acheter et apporter au domicile du bénéficiaire ces médicaments, sous réserve de leur disponibilité en pharmacie.

Mondial Assistance France fait l'avance du coût de ces médicaments, que le bénéficiaire devra rembourser au moment même où ceux-ci lui seront apportés. Le service de livraison des médicaments est pris en charge par Mondial Assistance France.

1.2. RECHERCHE ET ENVOI D'UNE INFIRMIÈRE

A la demande du bénéficiaire, et sur prescription médicale, Mondial Assistance France se charge de rechercher et d'envoyer une infirmière au domicile du bénéficiaire dans la limite des disponibilités locales.

Les frais de déplacements, de soins et d'honoraires sont à la charge du bénéficiaire.

1.3. EN CAS D'HOSPITALISATION DE PLUS DE 3 JOURS SUITE A UNE MALADIE OU UN ACCIDENT

1.3.1. GARDE DES ENFANTS

MONDIAL ASSISTANCE FRANCE organise la garde des enfants à charge, de moins de 15 ans dans la limite des disponibilités locales. MONDIAL ASSISTANCE FRANCE prend en charge cette garde pendant 3 journées consécutives à raison de 12 heures par jour (de 7H00 à 19H00).

Cette assistance est accordée également en cas de décès du bénéficiaire.

1.3.2. CONDUITE DES ENFANTS À L'ÉCOLE

Le garde d'enfants pourra, si aucun proche ne peut se rendre disponible, accompagner les enfants à la crèche ou à l'école et retourner les chercher.

Cette garantie est accordée pendant les 3 journées de prise en charge citées au paragraphe 1.3.1.

1.3.3. TRANSFERT DES ENFANTS EN FRANCE MÉTROPOLITAINE

MONDIAL ASSISTANCE FRANCE organise et prend en charge :

- soit le transfert aller et retour des enfants à charge de moins de 15 ans, par train 1ère classe ou avion classe touriste, chez une personne désignée par le bénéficiaire résidant en France métropolitaine et dans la Principauté de Monaco. L'accompagnement des enfants, s'il est jugé nécessaire par Mondial Assistance France, est effectué par nos correspondants ou par un proche désigné par le bénéficiaire.
- soit la mise à disposition pour une personne désignée par le bénéficiaire et résidant en France métropolitaine et dans la Principauté de Monaco, d'un billet aller et retour de train 1ère classe ou d'avion classe touriste, afin qu'elle vienne au domicile du bénéficiaire pour effectuer la garde des enfants.

Cette assistance est également accordée en cas de décès de l'assuré pour transférer les petits-enfants se trouvant chez lui, vers le domicile de leurs parents.

1.3.4. PRÉSENCE AU CHEVET D'UN MEMBRE DE LA FAMILLE

En cas d'hospitalisation du bénéficiaire supérieure à 3 jours, MONDIAL ASSISTANCE FRANCE met à la disposition d'un membre de la famille ou d'une personne désignée par le bénéficiaire un billet aller et retour de train 1ère classe ou d'avion classe touriste afin de se rendre à son chevet.

Cette prestation est organisée et prise en charge au départ et à destination de la France métropolitaine et de la Principauté de Monaco.

1.3.5. HÉBERGEMENT D'UN MEMBRE DE LA FAMILLE

MONDIAL ASSISTANCE FRANCE organise le séjour à l'hôtel de la personne désignée au paragraphe 1.3.4. et prend en charge ses frais exposés jusqu'à un maximum de 80 euros T.T.C. par nuit.

Cette prise en charge ne peut en aucun cas dépasser, 480 euros T.T.C. pour la durée du séjour. Les frais de restauration sont exclus.

Cette assistance n'est accordée que si l'acheminement de ladite personne a été organisé préalablement dans les conditions définies au paragraphe 1.3.4. (sauf accord exprès de MONDIAL ASSISTANCE FRANCE).

1.3.6. AIDE MÉNAGÈRE À DOMICILE

Pendant et/ou à la suite immédiate d'une hospitalisation du bénéficiaire de plus de 3 jours, MONDIAL ASSISTANCE France évalue les besoins du bénéficiaire, recherche et missionne dans la limite des disponibilités locales, une aide-ménagère pour un maximum de 10 heures. L'intervention aura lieu pendant l'hospitalisation et/ou dans les 8 jours ouvrés et consécutifs suivant la fin de l'hospitalisation.

Chaque prestation de l'aide-ménagère dure au minimum 3 heures incluant le temps de parcours jusqu'au domicile du bénéficiaire, et peut être fournie entre 8h et 19h du lundi au samedi, hors jours fériés. La mission de l'aide-ménagère concerne la réalisation de petits travaux ménagers quotidiens au domicile du bénéficiaire.

Mondial Assistance France prend en charge les frais ainsi occasionnés.

L'assistance Aide-Ménagère à domicile est limitée à trois interventions par année d'assurance du contrat complémentaire santé et par bénéficiaire.

Si le besoin du bénéficiaire s'étend au-delà des 10 heures maximum prévues, MONDIAL ASSISTANCE France peut, sur demande expresse du bénéficiaire, organiser la continuité immédiate du service d'aide-ménagère.

Dans ce cas, les frais de service restent intégralement à charge du bénéficiaire.

Cette prestation est éligible au dispositif fiscal Borloo.

1.3.7. GARDE DES ANIMAUX DE COMPAGNIE (CHIENS, CHATS)

Suite à l'hospitalisation du bénéficiaire, MONDIAL ASSISTANCE FRANCE organise et prend en charge la garde à l'extérieur, des petits animaux de compagnie, à la condition qu'ils aient reçu les vaccinations obligatoires.

Les frais de garde et de nourriture sont pris en charge avec un maximum de 230 euros T.T.C.

1.3.8. TRANSMISSION DE MESSAGES

MONDIAL ASSISTANCE FRANCE se chargera de transmettre les messages qui vous sont destinés lorsque vous ne pouvez être joint directement, par exemple, en cas d'hospitalisation.

De même, nous pourrions communiquer, sur appel d'un membre de votre famille, un message que vous aurez laissé à son intention.

Notice d'information

Annexe 2 : Convention d'assistance

1.4. SERVICES EN CAS DE MALADIE D'UN ENFANT DU BENEFICIAIRE

Lorsque le médecin traitant estime que l'état de santé de l'enfant bénéficiaire nécessite la présence d'une personne à son chevet, et que ni le bénéficiaire, ni son conjoint ne peuvent assumer cette tâche, MONDIAL ASSISTANCE FRANCE fournit une garde d'enfants malades et prend en charge sa rémunération pendant 6 journées consécutives à raison de 12 heures par jour.

Ce service est accordé sur la base d'un certificat médical établi par le médecin traitant. Ce document sera transmis au médecin de MONDIAL ASSISTANCE France par mail, fax ou courrier.

La mise à disposition d'une garde d'enfants malades et la prise en charge de sa rétribution ne peuvent dépasser trois interventions par année de couverture du contrat complémentaire maladie pour chaque enfant.

2. EN CAS D'URGENCE

2.1. RECHERCHE D'UN MÉDECIN

En l'absence du médecin traitant, MONDIAL ASSISTANCE FRANCE aide à trouver un médecin proche du domicile du bénéficiaire (médecin de garde ou organisme d'urgence).

En aucun cas, MONDIAL ASSISTANCE FRANCE ne sera tenue pour responsable si aucun médecin n'est disponible. De même, la non-disponibilité ou l'éloignement trop important du médecin susceptible de se déplacer ne pourra être retenu à l'encontre de MONDIAL ASSISTANCE FRANCE.

2.2. RECHERCHE ET RÉSERVATION D'UNE PLACE EN MILIEU HOSPITALIER

A la demande du bénéficiaire et sur prescription médicale, MONDIAL ASSISTANCE FRANCE organise l'admission en milieu hospitalier (public ou privé) dans un rayon de 50 km du domicile du bénéficiaire dans la limite des disponibilités locales.

2.3. TRANSFERT À L'HÔPITAL ET RETOUR AU DOMICILE

La prise en charge financière par MONDIAL ASSISTANCE France des services indiqués s'effectue dans tous les cas en complément des remboursements éventuels obtenus par le bénéficiaire (ou ses ayants droit) auprès de la Sécurité sociale et de l'assureur du contrat complémentaire santé ou de tout autre organisme de prévoyance auquel il serait affilié.

En conséquence, le bénéficiaire s'engage, au préalable, à effectuer toutes démarches nécessaires au recouvrement de ses frais auprès de ces organismes.

a) Dans le cas où l'état de santé du bénéficiaire nécessite une hospitalisation et sur prescription médicale après intervention des premiers secours et/ou du médecin traitant, MONDIAL ASSISTANCE FRANCE organise le transport par ambulance du bénéficiaire, de son domicile à l'hôpital le plus proche dans un rayon de 50 Km.

Il appartient au médecin intervenant sur place de décider seul de la nécessité d'une éventuelle médicalisation du transport du bénéficiaire par le SAMU ou tout autre moyen de transport sanitaire.

b) A l'issue de l'hospitalisation, MONDIAL ASSISTANCE FRANCE organise le transport du bénéficiaire s'il n'est pas en état de se déplacer dans des conditions normales, de l'hôpital à son domicile (dans un rayon de 50 km du domicile).

3. ALLO INFOS SANTE

Sur simple appel téléphonique, du lundi au samedi de 7 H à 21 H, MONDIAL ASSISTANCE FRANCE communique au bénéficiaire les renseignements qui lui sont nécessaires dans les domaines suivants :

- la vie courante
- les préparatifs d'un voyage
- des conseils médicaux spécialisés

3.1. ALLO INFOS JURIDIQUE ET VIE PRATIQUE

A la demande du bénéficiaire et sur simple appel téléphonique, du lundi au samedi de 9 H à 20 H, MONDIAL ASSISTANCE FRANCE recherche et communique au bénéficiaire le ou les renseignements nécessaires à la résolution des problèmes de la vie familiale et quotidienne :

- renseignements juridiques
- renseignements vie pratique.

La responsabilité de MONDIAL ASSISTANCE ne pourra en aucun cas être recherchée dans le cas d'une mauvaise utilisation ou d'une interprétation inexacte du ou des renseignements qui lui ont été demandés.

4. EXCLUSIONS

Outre les exclusions précisées dans le texte du présent contrat, MONDIAL ASSISTANCE FRANCE ne peut intervenir que dans la limite des accords donnés par les autorités locales.

MONDIAL ASSISTANCE FRANCE ne peut en aucun cas se substituer aux organismes locaux de secours d'urgence, ni prendre en charge les frais ainsi engagés. MONDIAL ASSISTANCE FRANCE ne sera pas tenue responsable des manquements ou contretemps à l'exécution de ses obligations qui résulteraient de cas de force majeure ou d'événements tels que guerre civile ou étrangère, révolutions, mouvements populaires, émeutes, grèves, saisies ou contraintes par la force publique, interdictions officielles, pirateries, explosions d'engins, effets nucléaires ou radioactifs, empêchements climatiques.

Dans l'exécution de ses obligations, MONDIAL ASSISTANCE FRANCE ne sera pas tenue d'intervenir dans les cas de sinistre résultant d'événements tels que ceux précités. Elle s'efforcera néanmoins de tout mettre en œuvre pour venir en aide au bénéficiaire.

MONDIAL ASSISTANCE FRANCE ne sera pas tenue d'intervenir dans les cas où le bénéficiaire aurait commis de façon volontaire, des infractions à la législation en vigueur.

Les événements survenus du fait de la participation du bénéficiaire en tant que concurrent à des compétitions sportives, paris, matches, concours, rallyes ou à leurs essais préparatoires, sont exclus ainsi que l'organisation et la prise en charge de tous frais de recherche.

DISPOSITIONS GENERALES

Les prestations de la convention d'assistance souscrite par l'assureur auprès de Fragonard Assurances (S.A. au capital de 37 207 660 euros - 479 065 351 RCS Paris - Entreprise régie par le Code des Assurances - Siège social : 7 rue Dora MAAR – 93400 SAINT-OUEN) sont mises en œuvre par Mondial Assistance France (société par actions simplifiée au capital de 7 584 076.86 euros - 490 381 753 RCS Paris - Siège social : 54, rue de Londres – 75008 PARIS Société de courtage d'assurances – inscription ORIAS 07 026 669).

1.1. ENGAGEMENT FINANCIER DE MONDIAL ASSISTANCE FRANCE

L'organisation par le bénéficiaire ou par son entourage de l'une des assistances énoncées ci-avant ne peut donner lieu au remboursement que si MONDIAL ASSISTANCE FRANCE a été prévenue de cette procédure et a donné son accord exprès en communiquant au bénéficiaire un numéro de dossier. Dans ce cas, les frais seront remboursés sur justificatifs et dans la limite de ceux qui auraient été engagés par MONDIAL ASSISTANCE FRANCE si elle avait elle-même organisé le service.

Seuls les frais excédant ceux que le bénéficiaire aurait dû normalement engager pour son retour au domicile en France métropolitaine, sont pris en charge par MONDIAL ASSISTANCE FRANCE.

Lorsque MONDIAL ASSISTANCE FRANCE a accepté le changement d'une destination fixée contractuellement, sa participation financière ne pourra être supérieure au montant qui aurait été engagé si la destination initiale avait été conservée.

En cas de prise en charge de séjour à l'hôtel, MONDIAL ASSISTANCE FRANCE ne participe qu'aux frais de location de chambre réellement exposés, dans la limite des plafonds indiqués ci avant, et à l'exclusion de tous autres frais.

Notice d'information

Annexe 2 : Convention d'assistance

1.2. SUBROGATION

Toute personne bénéficiant de l'assistance s'oblige à subroger la Société d'assistance et la compagnie d'assurance agréée dans ses droits et actions, contre tout tiers responsable à concurrence des frais engagés par elles en exécution de la présente convention.

1.3. PRESCRIPTION

Toute action découlant de la garantie MONDIAL ASSISTANCE France est prescrite dans un délai de 2 ans à compter de la date de l'événement qui lui donne naissance.

DEMANDE D'ASSISTANCE

Toute demande d'assistance doit, sous peine d'irrecevabilité, faire l'objet d'un accord préalable de MONDIAL ASSISTANCE FRANCE et être formulée directement auprès des services de MONDIAL ASSISTANCE FRANCE par tous les moyens (téléphone, mail, fax ou courriers) et suivant les modalités précisées ci-après.

1.1. EN CAS D'URGENCE CONTACTER MONDIAL ASSISTANCE FRANCE SANS DELAI :

- Depuis la France :
Par téléphone sur la ligne dédiée : 01 40 25 53 80.
Par télécopie : 01 40 25 52 62.
- Depuis l'étranger (une permanence est assurée 24 h sur 24) :
Par téléphone : +33 1 40 25 53 80.
Par télécopie: +33 1 40 25 52 62.

Fournir les renseignements suivants :

- le numéro du contrat n° **920.957**,
- ses noms, prénoms, le lieu où il se trouve et, si possible, le numéro de téléphone et le moment où il pourra éventuellement être contacté,
- la nature des difficultés motivant l'appel.

Faire connaître par tout moyen, en cas de blessure : les noms, adresses et numéros de téléphone du médecin ou, le cas échéant, de la clinique ou de l'hôpital dans lequel est soigné le blessé, afin que MONDIAL ASSISTANCE FRANCE puisse se mettre en rapport avec eux et suivant les décisions de l'autorité médicale, préparer le

rapatriement et l'admission de la victime dans un établissement hospitalier ou une clinique choisie par les médecins ou par le patient (avec l'accord de ces derniers),

1.2. DANS LES AUTRES CAS ÉCRIRE À : MONDIAL ASSISTANCE FRANCE 7 rue Dora MAAR 93400 SAINT-OUEN

Sans omettre de préciser le numéro (de contrat d'assistance) qui a été délivré et de joindre toutes pièces de nature à établir la matérialité tant de l'événement que de ses débours.

MONDIAL ASSISTANCE FRANCE ne peut répondre des manquements ou contretemps qui résulteraient du non-respect, par le bénéficiaire, des dispositions qui précèdent.

OBLIGATIONS DU BENEFICIAIRE EN CAS D'ASSISTANCE

Par le seul fait qu'il réclame le bénéfice d'une assistance, le bénéficiaire s'engage à fournir à MONDIAL ASSISTANCE FRANCE :
- soit concurremment à sa demande écrite,
- soit dans les 5 jours suivant son appel (sauf cas fortuit ou de force majeure).

Tous actes, pièces, factures et certificats de nature à établir la matérialité de l'événement ouvrant droit au bénéfice des présentes conventions.

Faute pour le bénéficiaire de respecter les dispositions qui précèdent, MONDIAL ASSISTANCE France serait en droit de lui réclamer le remboursement des frais exposés.

DEFINITIONS

Accident :

Toute atteinte corporelle non intentionnelle et non prévisible de la part de l'adhérent ou du bénéficiaire, suite à des événements soudains et imprévus, individuels ou collectifs dus à des causes extérieures. Ne sont pas considérées comme accidents les affections organiques, connues ou non dès lors que la cause réputée extérieure n'est pas matérielle. Ces événements peuvent être, entre autres : un malaise cardiaque, un infarctus du myocarde, un spasme coronarien, des troubles du rythme cardiaque, une attaque ou une hémorragie cérébrale.

Actes de prévention :

Mesures destinées à éviter la survenance d'un accident, l'apparition d'une maladie, ainsi que les moyens visant à en limiter l'aggravation ou les séquelles.

Actes hors nomenclature :

On qualifie ainsi tous les actes médicaux qui ne figurent pas dans la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP) ni dans la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) et ne faisant pas partie d'un acte global répertorié. Ces actes ne donnent pas lieu à un remboursement par un régime obligatoire d'assurance maladie.

Adhérent :

Toute personne physique est désignée par le terme "adhérent" de par son appartenance au contrat. L'adhérent souscrit le contrat pour lui-même et pour les bénéficiaires qu'il désigne.

AMM :

Autorisation de Mise sur le Marché, accordée aux médicaments ayant prouvé leur efficacité et leur sécurité d'emploi, délivrée par l'AFSSAPS (Agence Française de Sécurité Sanitaire de Produits de Santé).

Année d'assurance :

Période comprise entre deux échéances principales consécutives.

Assuré social :

Toute personne immatriculée à titre personnel à un régime obligatoire d'assurance maladie.

Soins courants :

Frais exposés pour une maladie ou un accident qui n'entrent pas dans le cadre d'une hospitalisation et qui donnent lieu à remboursement par le régime d'assurance maladie obligatoire de la Sécurité sociale.

Tarifs d'autorité :

Base de remboursement du régime obligatoire pour les consultations et actes des praticiens non conventionnés.

Tarif de convention :

Base de remboursement du régime obligatoire pour les consultations et actes des praticiens conventionnés.

Tarif de responsabilité :

Base de remboursement du régime obligatoire qui sera le tarif d'autorité ou le tarif de convention selon le praticien.

Avenant :

Modification demandée en cours d'adhésion et faisant partie intégrante de l'adhésion.

Ayant droit :

Personne qui bénéficie des prestations versées par un régime, non à titre personnel mais du fait de ses liens avec l'adhérent.

Bénéficiaire :

Toute personne assurée, nommément désignée sur le bulletin d'adhésion, et acceptée par l'assureur.

Notice d'information

Annexe 2 : Convention d'assistance

Conjoint de l'adhérent :

Par "conjoint", il faut entendre :

- la personne mariée à l'adhérent,
- la personne signataire d'un pacte civil avec l'adhérent,
- le concubin libre de tout lien conjugal ou de PACS avec l'assuré et vivant sous le même toit que l'adhérent.

Dépassement de tarif :

Montant excédant le tarif de responsabilité ou le tarif d'autorité et non pris en charge par la Sécurité sociale.

Echéance principale :

Date anniversaire de la date d'effet de l'adhésion.

Hospitalisation :

Séjour prescrit par un médecin, effectué par un bénéficiaire pendant au moins une nuit, dans un établissement médical de soins agréé, public ou privé, pour y recevoir des soins médicaux ou chirurgicaux nécessités par une maladie, un accident ou une maternité.

Maternité :

L'état de grossesse, l'interruption de grossesse, l'accouchement, les suites de couches ainsi que les complications pathologiques de ces événements. La maternité n'est ni une maladie ni un accident.

Prescription :

Délai au terme duquel toute action dérivant des contrats est éteinte.

Résiliation :

Fin de l'adhésion à l'initiative de l'adhérent ou de l'assureur, dans les cas et conditions prévus par la loi, ou dans le contrat d'assurance, à une date précise et en respectant un délai de préavis.

Tarif forfaitaire de responsabilité :

T.F.R. est un tarif de référence pour le remboursement de certains médicaments.

Télétransmission

Système informatique d'échanges d'information.

Ticket Modérateur :

Part de dépense laissée à la charge du bénéficiaire des soins, correspondant à la différence entre le tarif de responsabilité et le remboursement du régime obligatoire d'assurance maladie.

Notice d'information

Services associés

Carte Avance Santé

Pour tous ses soins, l'adhérent a la possibilité de profiter du service de la carte Avance Santé. Ce service exclusif évite toute avance d'argent et permet de régler ses dépenses en France auprès des professionnels de santé suivants : les médecins généralistes et spécialistes, les chirurgiens-dentistes, les opticiens, les radiologues, les pharmaciens, les laboratoires, les auxiliaires médicaux et les transporteurs sanitaires, dès lors que le praticien accepte le paiement par carte bancaire.

En l'absence de télétransmission, l'adhérent doit alors transmettre le plus rapidement possible sa feuille de soins à sa caisse d'assurance maladie. Son compte bancaire ne sera débité qu'après le remboursement de sa caisse d'assurance maladie et la réception des remboursements de la mutuelle.

A défaut, passé un délai de 30 jours, le compte sera débité suivant les conditions normales de fonctionnement de la carte bancaire.

Télétransmission

Dans la plupart des cas, les caisses d'assurance maladie « télétransmettent » toutes les données de soins de l'adhérent et des bénéficiaires du contrat selon les modalités décrites à l'annexe 2 « Règlement des prestations ». Dans ce cas, le décompte de Sécurité sociale comprendra une mention variable selon les organismes émetteurs, par exemple : « décompte transmis à votre organisme complémentaire ».

Espace assurances – Services Internet

Accès à l'espace personnel

Un Espace assurances sécurisé est mis à disposition de l'adhérent via Internet pour la consultation de son adhésion.

L'adhérent a la possibilité de consulter ou d'imprimer à tout moment ses derniers décomptes de remboursement et de bénéficier de nombreux autres services. Ces applications internet sont également disponibles à partir d'un smartphone.

La mise à disposition est réalisée soit par la mise en place d'un Espace assurances dédié, soit par l'enrichissement de l'Espace personnel de l'abonné au contrat « Banque à distance »

L'Espace assurances est accessible 7 jours sur 7 et 24 heures sur 24.

Telsanté

L'adhérent dispose d'un numéro d'appel pour obtenir tous les renseignements concernant son adhésion au contrat, notamment :

- consulter ses derniers remboursements ;
- prendre contact avec un conseiller de Telsanté pour tout renseignement sur le contrat (devis dentaire, dépense optique, hospitalisation...).

Pour un achat optique ou d'audioprothèse, il est conseillé d'appeler Telsanté qui orientera l'adhérent vers des offres négociées avec des partenaires pour optimiser ses remboursements.



Conditions Générales d'Utilisation de la Carte Avance Santé

Les ACM-IARD SA, ci-après dénommées « le Mandant » mettent à disposition de l'adhérent au contrat d'assurance, souscripteur du contrat d'assurance, ci-après dénommé « le Mandataire ou Titulaire de la Carte », sous réserve du respect des conditions d'éligibilité, une Carte Avance Santé, ci-après « la Carte », émise par la BFCM - 4 rue Frédéric-Guillaume RAIFFEISEN – 67000 STRASBOURG, ou le CIC - 6 avenue de Provence - 75009 Paris ci-après « l'Emetteur », qui permet de régler les dépenses auprès de professionnels de la santé. En vertu de ce mandat, le Mandataire peut utiliser la carte en lieu et place du Mandant, l'acceptation du mandat résultant de la seule utilisation de la carte. Le montant des dépenses payées au moyen de la Carte fera l'objet d'un prélèvement par le mandant sur le compte désigné dans le bulletin d'adhésion, au plus tard dans les 30 jours suivant la réalisation de l'opération de paiement.

ARTICLE 1 : OBJET DE LA CARTE

1.1. La Carte à autorisation systématique portant les marques CB et Maestro est un instrument de paiement à l'usage exclusif de son titulaire qui lui permet de réaliser des opérations de paiement ayant uniquement pour finalités de régler, le cas échéant à distance par l'utilisation éventuelle de la puce, des achats de biens ou des prestations de services liés à la santé chez des professionnels de la santé (ci-après Accepteurs), équipés de Terminaux de Paiement Electroniques (ci-après "TPE") affichant l'une des marques apposées sur la carte.

Cette Carte n'est utilisée qu'à des fins non professionnelles. Le Titulaire de la Carte s'interdit d'en faire un usage différent de ceux décrits ci-dessus. La Carte de paiement ne saurait être utilisée pour le règlement des achats de biens ou des prestations de services en vue de leur revente.

1.2. L'Emetteur met à disposition du Titulaire, une Carte disposant de la technologie dite "sans contact" dont les conditions de fonctionnement sont régies par le présent article ainsi que les articles 4.4. « Dispositions relatives à l'utilisation de la technologie "sans-contact" » et 5.4. « Modalités d'utilisation de la technologie "sans contact" » des présentes conditions d'utilisation.

La technologie "sans contact" permet le règlement rapide d'achats de biens ou de prestations de services aux Equipements Electroniques des Accepteurs équipés en conséquence, avec une lecture à distance de la Carte, sans frappe du code confidentiel.

Il est alors expressément convenu entre l'Emetteur et le Titulaire de la Carte que l'utilisation de la Carte avec la technologie « sans contact » est soumise aux dispositions qui lui sont applicables en pareil cas.

En cas de modification, demandée par le Titulaire de la Carte, de la fonction sans contact de sa Carte (suppression ou ajout), sa demande sera traitée dans un délai de 3 jours maximum et sera ensuite prise en compte lors de la prochaine opération de paiement assortie d'une demande d'autorisation.

ARTICLE 2 : DELIVRANCE DE LA CARTE AVANCE SANTE

L'Emetteur reste propriétaire de la carte qu'il délivre pour le compte du mandant, ci-après désigné comme « Titulaire du Compte ». Sous réserve des conditions d'éligibilités, la Carte est délivrée à une personne physique lorsqu'elle souscrit un contrat d'assurance santé.

Par mesure de sécurité, la Carte peut être bloquée lors de sa délivrance. Pour la débloquent, le Titulaire de la Carte doit effectuer la première transaction avec frappe de son code confidentiel. Dans ce cas, le blocage et les modalités d'activation de la Carte sont rappelés sur un sticker collé sur la Carte ou sur le courrier accompagnant la Carte.

Sous réserve de vérification des conditions d'éligibilité et de l'accord exprès du souscripteur du contrat d'assurance, une Carte Avance Santé peut être délivrée à un autre bénéficiaire du contrat d'assurance âgé de 16 ans minimum. Dans ce cas les présentes conditions d'utilisation seront signées par le représentant légal.

L'Emetteur interdit au Titulaire de la Carte d'apposer des étiquettes adhésives ou des autocollants ou de procéder à toute inscription sur la Carte à l'exception de la signature visée ci-dessous.

Le Titulaire de la Carte s'engage à utiliser la Carte et/ou son numéro, exclusivement dans le cadre du (des) Schéma(s) de cartes de paiement (système de cartes de paiement) dont la (l'une des) marques est apposée sur la Carte et à respecter les règles afférentes à chacun desdits Schémas et auprès de professionnels de la santé.

La Carte est rigoureusement personnelle, son titulaire devant, dès réception, y apposer obligatoirement sa signature dès lors qu'un espace prévu à cet effet existe sur le support de la Carte. Il est strictement interdit au titulaire de la Carte de la prêter ou de s'en déposséder.

Lorsqu'un panonceau de signature figure sur la Carte, l'absence de signature sur ladite carte justifie son refus d'acceptation.

Le Titulaire de la Carte s'interdit d'apporter toute altération fonctionnelle ou physique à la Carte susceptible d'entraver son fonctionnement et celui des TPE et automates de quelque manière que ce soit.

ARTICLE 3. DONNEES DE SECURITE PERSONNALISEES

Les Données de Sécurité Personnalisées sont des données personnalisées fournies au Titulaire de la Carte par l'Emetteur à des fins d'authentification forte.

3.1 Code confidentiel

L'Emetteur met à la disposition du Titulaire de la Carte, un code qui lui est communiqué confidentiellement et uniquement à lui.

Par mesure de sécurité, la Carte peut être bloquée lors de sa délivrance. Pour la débloquent, le Titulaire de la Carte doit effectuer la première transaction avec frappe de son code confidentiel. Dans ce cas, le blocage et les modalités d'activation de la Carte sont rappelés sur un sticker collé sur la Carte ou sur le courrier accompagnant la Carte.

Le Titulaire de la Carte doit prendre toutes les mesures propres à assurer la sécurité de sa Carte et du code confidentiel et plus généralement de toutes autres Données de Sécurité Personnalisées. Il doit donc tenir absolument secret son code et ne pas le communiquer à qui que ce soit. Il ne doit pas, notamment, l'inscrire sur la Carte, ni sur tout autre document. Il doit veiller à le composer à l'abri des regards indiscrets.

Il doit utiliser les Données de Sécurité Personnalisées / le Code Confidentiel chaque fois qu'il en reçoit l'instruction par les Equipements Electroniques sous peine d'engager sa responsabilité.

Ce code lui est indispensable aux fins d'authentification forte dans l'utilisation d'Equipements Electroniques affichant la marque CB et de tout terminal à distance, (par exemple, lecteur sécurisé connecté à un ordinateur, téléphone mobile avec insertion de la carte) conçus de façon qu'aucune opération ne puisse être effectuée sans mise en œuvre de ce code confidentiel. Le nombre d'essais successifs de composition du code confidentiel est limité à 3 (trois) sur ces Equipements Electroniques. Au troisième essai infructueux, le Titulaire de la Carte provoque l'invalidation de sa carte et/ou le cas échéant sa capture.

Lorsque le Titulaire de la Carte utilise un terminal à distance avec frappe du code confidentiel, il doit s'assurer que ce terminal est agréé par le Schéma de carte de paiement en vérifiant la présence de la (l'une des) marques apposées sur la Carte et l'utiliser exclusivement pour les finalités visées à l'article « OBJET DE LA CARTE » ci-dessus.

Conditions Générales d'Utilisation de la Carte Avance Santé

Il doit prendre toutes les mesures propres pour assurer la sécurité du dispositif de sécurité personnalisé qui, outre le code confidentiel, peut être un terminal à distance dont il a la garde.

3.2 AUTRES DONNEES DE SECURITE PERSONNALISEES

En cas d'opération effectuée sur Internet (achat de biens et de prestations de services en ligne), le Titulaire de la Carte peut être tenu d'authentifier cette opération au moyen d'un procédé d'authentification convenu entre lui et l'Emetteur et dont les éléments nécessaires à cette authentification lui auront été communiqués préalablement par l'Emetteur. Cette opération effectuée sur Internet est alors dite « sécurisée ».

A défaut d'authentification probante, l'opération sera refusée. Lesdits éléments permettant l'authentification peuvent varier en fonction du procédé d'authentification choisi par le Titulaire de la Carte. Ce dernier doit prendre toutes les mesures propres à assurer la sécurité et la confidentialité de ces éléments d'authentification. Il doit les tenir absolument secrets et ne pas les communiquer à qui que ce soit. Lors de l'opération effectuée sur Internet, il incombe au Titulaire de la Carte de se placer dans un contexte de confidentialité, notamment lors de cette authentification, et de veiller à y rester tout au long de l'opération, et ce jusqu'à son terme, ceci afin d'être à l'abri des regards indiscrets.

ARTICLE 4. FORME DU CONSENTEMENT ET IRREVOCABILITE

4.1. Le Titulaire de la Carte donne son consentement pour réaliser une opération de paiement, avant ou après la détermination de son montant :

- par la frappe de son code confidentiel sur le clavier d'un Equipement Electronique, en vérifiant la présence de la (l'une des) marques apposées sur la Carte ;
- par la communication et/ou confirmation des données liées à l'utilisation à distance de la Carte (paiement à distance d'achats de biens et de prestations de services), le cas échéant via un portefeuille numérique agréé par l'Emetteur (portefeuille numérique interbancaire ou agréé par le(s) schéma(s) de cartes de paiement dont la (l'une des) marque(s) est apposée sur la Carte) ;
- par la présentation et le maintien de la Carte devant un dispositif identifiant la présence de la technologie dite "sans contact". Cette cinématique est également valable lorsque la Carte est dématérialisée et intégrée dans un autre support (ex : téléphone mobile), et ce dans le cadre d'un dispositif agréé par l'Emetteur. De même, cette cinématique est également valable lorsque les données liées à l'utilisation « sans contact » de la Carte sont utilisées via un autre support (ex : téléphone mobile), à la condition que le consentement soit donné dans le cadre d'un dispositif agréé par l'Emetteur ;
- par la signature manuscrite sur les tickets émis par l'Equipement Electronique tant à destination de l'Accepteur que du Titulaire de la Carte.

4.2. - Dès que ce consentement a été donné, l'ordre de paiement est irrévocable.

Toutefois le Titulaire de la Carte peut faire opposition au paiement en cas de procédure de redressement judiciaire ou de liquidation judiciaire de l'Accepteur, tant que le compte du prestataire de service de paiement de l'Accepteur n'a pas été crédité du montant de l'opération de paiement.

4.3 - L'Emetteur reste étranger, dans les Etats membres de l'Union Européenne, l'Islande, le Liechtenstein et la Norvège - ci-après l'"EEE"), à tout différend commercial, c'est-à-dire autre que celui relatif à l'ordre de paiement, pouvant survenir entre le Titulaire de la Carte et l'Accepteur. L'existence d'un tel différend ne peut en aucun cas justifier le refus du titulaire de la Carte et/ou du titulaire du compte sur lequel fonctionne la Carte d'honorer son paiement.

4.4 - Dispositions relatives à l'utilisation de la technologie "sans-contact"

Le présent article régit la forme du consentement en cas d'utilisation en mode "sans-contact" :

1) le Titulaire de la Carte donne son consentement pour réaliser une opération de paiement par la présentation et le maintien de la Carte devant un dispositif identifiant la présence de la technologie dite "sans contact" aux Equipements Electroniques placés auprès des caisses de l'Accepteur, sans frappe du code confidentiel.

L'opération de paiement est autorisée si le Titulaire de la Carte a donné son consentement sous cette forme.

L'enregistrement de l'opération de paiement peut figurer sur le ticket édité par l'Equipement Electronique situé chez l'Accepteur.

2) à des fins sécuritaires, le montant unitaire maximum de chaque opération de paiement en mode "sans contact" et le montant cumulé maximum des règlements successifs en mode "sans contact" sont définis dans les limites définies ci-dessous à l'article 5.2. En conséquence, au-delà de ce montant cumulé maximum, une opération de paiement avec frappe du code confidentiel doit être effectuée par le Titulaire de la Carte pour continuer à l'utiliser en mode « sans contact » et réinitialiser le montant cumulé maximum disponible.

ARTICLE 5. MODALITÉS D'UTILISATION DE LA CARTE POUR LE REGLEMENT D'ACHATS DE BIENS ET DE PRESTATIONS DE SERVICES CHEZ DES ACCEPTEURS

5.1 La Carte est un instrument de paiement qui ne doit être utilisé que pour régler des achats de biens et des prestations de services à des Accepteurs conformément à l'article « OBJET DE LA CARTE ».

5.2 Ces opérations de paiements sont possibles dans les limites suivantes :

- 30 euros par opération en mode « sans contact »
- 100 euros en montant cumulé des règlements successifs en mode « sans contact »
- Plafond et limitation quel que soit le mode d'utilisation de la Carte : 2000 euros sur 7 jours glissants.

5.3 Les paiements par Carte sont effectués selon les conditions et procédures en vigueur chez les Accepteurs avec une demande d'autorisation systématique et, sauf exception (ex. paiement à distance) contrôle du code confidentiel.

Lorsque ces conditions et procédures impliquent la signature par le titulaire de la carte du ticket émis par l'Accepteur et que la carte fournie par l'émetteur prévoit l'apposition de la signature, la vérification de la conformité de cette signature par rapport au spécimen déposé sur la carte incombe à l'Accepteur.

L'Accepteur a la possibilité d'installer un mécanisme de sélection prioritaire d'une marque ou d'une application de paiement sur l'Equipement Electronique. Le Titulaire de la Carte peut passer outre la sélection prioritaire automatique effectuée par l'Accepteur dans son Equipement Electronique en choisissant une autre marque apposée sur sa Carte ou une autre application de paiement, parmi celles affichée comme « acceptées » par l'Accepteur.

5.4 Lorsque le Titulaire de la Carte utilise la technologie "sans contact" :

- 1) il doit en toutes circonstances se conformer aux instructions qui apparaissent sur l'Equipement Electronique situé chez l'Accepteur,
- 2) les opérations de paiement reçues par l'Emetteur sont automatiquement débitées du compte sur lequel fonctionne la Carte sur le vu des enregistrements des opérations de paiement en mode "sans contact" dans les systèmes d'acceptation ou leur reproduction sur un support informatique durable. En cas de réclamation écrite du Titulaire de la Carte, contestant de bonne foi, avoir donné un tel ordre de paiement, l'opération est remboursée par l'Emetteur.

Conditions Générales d'Utilisation de la Carte Avance Santé

Cette réclamation doit avoir été déposée dans le délai visé à l'article 14 des présentes conditions d'utilisation.

Carte de débit différé

Le Titulaire de la Carte et/ou du compte sur lequel fonctionne la Carte doit s'assurer que le jour du débit des règlements par la Carte, le compte présente un solde suffisant et disponible.

ARTICLE 6. MOMENT DE RECEPTION ET EXECUTION DE L'ORDRE DE PAIEMENT

Pour se conformer à la réglementation en vigueur, l'émetteur informe le Titulaire de la Carte que l'ordre de paiement est reçu par l'Emetteur au moment où il lui est communiqué par le prestataire de service de paiement de l'Accepteur à travers le système de compensation ou de règlement dudit ordre de paiement.

Lorsque l'ordre de paiement est exécuté au sein de l'Espace Economique Européen, l'Emetteur dispose, à compter de ce moment de réception d'un délai d'un jour ouvrable pour créditer le compte du prestataire de service de paiement de l'Accepteur.

6.1. Les opérations de paiement reçues par l'Emetteur sont automatiquement et immédiatement débitées au compte du mandant sur lequel fonctionne la carte.

6.2 Les prélèvements consécutifs aux opérations effectuées avec la Carte figurent sur le relevé détaillé des opérations envoyé selon les conditions convenues entre le titulaire de la carte et l'établissement teneur de son compte. Ces informations pourront également être portées à la demande du mandant, sur le relevé des prestations adressé au mandataire sur support papier ou sur support durable.

ARTICLE 7. RESPONSABILITE DE L'EMETTEUR

7.1 Lorsque le Titulaire de la Carte n'a pas donné son consentement pour réaliser une opération de paiement, il appartient à l'Emetteur d'apporter la preuve que l'opération a été authentifiée, dûment enregistrée et comptabilisée conformément à l'état de l'art et qu'elle n'a pas été affectée par une déficience technique. Cette preuve peut être apportée par tous moyens, notamment par les enregistrements des Equipements Electroniques ou leur reproduction sur un support informatique de l'utilisation de la carte et des Données de Sécurité Personnalisées. L'Emetteur peut utiliser ces enregistrements comme justification de leur imputation au compte sur lequel fonctionne la Carte.

7.2 L'Emetteur est responsable des pertes directes encourues par le titulaire de la Carte dues à une déficience technique du système de paiement sur lequel l'émetteur a un contrôle direct.

Toutefois, l'Emetteur n'est pas tenu pour responsable d'une perte due à une déficience technique du système de paiement, si celle-ci est signalée au Titulaire de la Carte par un message sur l'Equipement Electronique ou d'une autre manière visible.

ARTICLE 8. RECEVABILITE DES DEMANDES D'OPPOSITION OU DE BLOCAGE

Pour l'exécution du présent service, l'information ci-dessus visée "de blocage" peut également être désignée par le terme "d'opposition".

8.1 Dès qu'il a connaissance de la perte ou du vol de la Carte, de son détournement ou de toute utilisation frauduleuse de la Carte ou des données liées à son utilisation, le Titulaire de la Carte et/ou du compte doit en informer sans tarder l'émetteur aux fins de blocage de la Carte en indiquant les motifs pour lesquels il demande le blocage.

8.2 Cette demande d'opposition (ou de blocage) doit être faite à l'Emetteur pendant ses heures d'ouverture, ou en appelant TELSANTE au 03 88 14 00 33 du lundi au vendredi de 8h à 18h45 et le samedi de 8h à 16h ou d'une façon générale au Centre d'Appel ouvert 7 jours par semaine et dont le numéro est indiqué sur le site internet de la Banque.

8.3 Un numéro d'enregistrement de cette demande d'opposition (ou de blocage) est communiqué au Titulaire de la Carte. Une trace de cette opposition (ou blocage) est conservée pendant 18 mois par l'émetteur qui la fournit à la demande du titulaire de la carte et/ou du compte pendant cette même durée.

La demande de mise en opposition (ou de blocage) est immédiatement prise en compte.

8.4 Les circonstances du vol/de la perte/du détournement/de l'utilisation frauduleuse de la Carte peuvent faire l'objet d'une déclaration écrite et signée par le Titulaire de la Carte.

8.5 L'Emetteur ne saurait être tenu pour responsable des conséquences d'une demande d'opposition (ou de blocage) par téléphone, courriel, Internet, télécopie..., qui n'émanerait pas du Titulaire de la Carte.

8.6 En cas de vol ou d'utilisation frauduleuse de la Carte ou de détournement des données liées à son utilisation, l'Emetteur peut demander un récépissé ou une copie d'un dépôt de plainte au titulaire de la carte et/ou du compte. Cette demande ne constitue pas une condition au remboursement des opérations contestées.

ARTICLE 9. RESPONSABILITE DU TITULAIRE DE LA CARTE ET DE L'EMETTEUR

9.1 Principe

Le Titulaire de la Carte doit prendre toute mesure pour conserver sa carte et préserver le(s) Données de Sécurité Personnalisées(s) qui lui est (sont) attachée(s), notamment son code confidentiel. Il doit l'utiliser conformément aux finalités spécifiées à l'article 1 « OBJET DE LA CARTE ».

Il assume comme indiqué à l'article 9.2 « Opérations non autorisées, effectuées avant la demande d'opposition (ou de blocage) », les conséquences de l'utilisation de la Carte tant qu'il n'a pas fait une demande d'opposition (ou de blocage) dans les conditions prévues à l'article 8 « RECEVABILITE DES DEMANDES D'OPPOSITIONS OU DE BLOCAGE ».

9.2 Opérations non autorisées, effectuées avant la demande d'opposition (ou de blocage)

Les opérations consécutives à la perte ou au vol de la Carte sont à la charge du titulaire de la carte dans la limite de 50 euros.

Toutefois sa responsabilité n'est pas engagée :

- en cas d'opération de paiement effectuée sans utilisation des Données de Sécurité Personnalisées ;
- dans le cas où la perte ou le vol de la Carte ne pouvait être détecté par le Titulaire de la Carte avant le paiement
- lorsque la perte de la Carte est due à des actes ou à une carence d'un salarié, d'un agent ou d'une succursale de l'Emetteur ou d'une entité vers laquelle l'Emetteur a externalisé ses activités.

Cependant, lorsque le prestataire de services de paiement de l'Accepteur est situé hors de l'Espace Economique Européen, hors de Saint Pierre et Miquelon ou de Saint-Barthélemy, les opérations consécutives à la perte et vol de la Carte sont à la charge du Titulaire de la Carte dans la limite de 50 euros, même en cas d'opérations de paiement effectuées sans utilisation des Données de Sécurité Personnalisées.

Les opérations non autorisées du fait de la contrefaçon de la Carte ou de l'utilisation non autorisée des données liées à l'utilisation de la Carte sont à la charge de l'Emetteur.

Conditions Générales d'Utilisation de la Carte Avance Santé

9.3 Opérations non autorisées, effectuées après la demande d'opposition (ou de blocage)

Elles sont également à la charge de l'Emetteur, à l'exception de celles effectuées par le Titulaire de la carte.

9.4 Exceptions

Toutes les opérations non autorisées sont à la charge du Titulaire de la Carte, sans limitation de montant en cas :

- manquement intentionnel ou de négligence grave aux obligations visées aux articles 2 « DELIVRANCE DE LA CARTE », 3 « DONNEES DE SECURITE PERSONNALISEES », 8 « RECEVABILITE DES DEMANDES D'OPPOSITION OU DE BLOCAGE » et 9 « RESPONSABILITE DU TITULAIRE DE LA CARTE ET DE L'EMETTEUR »,
- d'agissements frauduleux du Titulaire de la Carte.

ARTICLE 10 - RESPONSABILITE SOLIDAIRE ET INDIVISIBLE

10.1 Le Titulaire de la Carte et le mandant assument tous deux à titre principal et solidaire l'obligation de respecter les présentes conditions d'utilisation et sont tenus vis-à-vis de l'Emetteur indéfiniment et solidairement au paiement des dépenses, frais, charges et pénalités résultant tant de l'utilisation de la carte jusqu'à restitution de celle-ci à l'Emetteur, que des dispositions des présentes conditions d'utilisation.

Dans leurs rapports entre eux, le Titulaire de la Carte doit rendre compte au mandant de l'usage de la Carte et d'une utilisation strictement conforme à sa destination. Il devra rembourser sans délai au mandant toute somme indûment réglée par lui. Lorsque la créance du mandant résulte de l'utilisation de la Carte par un autre bénéficiaire du contrat d'assurance, le mandataire est solidairement et indivisiblement responsable avec le bénéficiaire concerné de toutes les conséquences financières.

10.2 Le montant des opérations qui n'aura pu être débité au compte du mandataire pourra faire l'objet d'un recouvrement forcé. Tous les frais engagés pour le recouvrement forcé seront à la charge du mandataire.

ARTICLE 11. DUREE ET FIN DU SERVICE

11.1 Le présent service est conclu pour une durée indéterminée.

11.2 Il peut être mis fin au présent service à tout moment par écrit avec accusé de réception par le Titulaire de la Carte, le Mandant ou par l'Emetteur. La fin du service par le Titulaire de la Carte et/du compte prend effet 30 jours après la date d'envoi de sa notification à l'Emetteur. La fin du service par l'Emetteur prend effet deux mois après la date d'envoi de sa notification au titulaire de la carte et/ou du compte.

La résiliation de tous les contrats Santé ouvrant droit au service de la carte avance santé constitue également une fin du service.

11.3 Le Titulaire de la Carte s'engage à restituer la carte et à respecter l'ensemble des obligations contractuelles mises à leur charge dans le cadre des présentes conditions d'utilisation jusqu'à ce que la cessation devienne effective.

11.4 En cas de révocation du mandat donné au Titulaire de la Carte, il appartient au titulaire du compte ayant décidé de cette révocation d'en informer le Titulaire de la Carte. A compter de cette révocation, le Titulaire de la Carte n'a plus le droit d'utiliser la Carte et est tenu de la restituer à l'Emetteur. Le titulaire du compte fait son affaire personnelle de tout litige pouvant survenir suite à sa décision. En tout état de cause, le mandat prendra fin en cas de cessation du contrat d'assurance liant le titulaire du compte et le mandataire et donnant accès au service Carte Avance Santé.

11.5 A compter de la cessation, le Titulaire de la Carte n'a plus le droit de l'utiliser et l'Emetteur peut prendre toutes les mesures utiles pour ce faire.

ARTICLE 12. MODALITES DE NOTIFICATION DES PRELEVEMENTS

Le Titulaire de la Carte et/ou du compte reconnaît que les présentes conditions d'utilisation valent prénotification des prélèvements effectués aux échéances convenues.

ARTICLE 13. DUREE DE VALIDITE DE LA CARTE - RENOUVELLEMENT, BLOCAGE RETRAIT ET RESTITUTION DE LA CARTE

13.1 La Carte comporte une durée de validité dont l'échéance est inscrite sur la carte elle-même. La durée limitée de la validité de la Carte, répondant notamment à des nécessités techniques et sécuritaires, elle n'a pas de conséquence sur la durée indéterminée des présentes conditions d'utilisation.

13.2 A sa date d'échéance, la Carte fait l'objet d'un renouvellement automatique du support, sauf s'il a été mis fin au service dans les conditions prévues à l'article 11« DUREE ET FIN DU SERVICE ».

13.3 L'Emetteur peut prendre contact avec le Titulaire de la Carte par tous moyens appropriés, en cas de soupçon de fraude, ou de fraude avérée ou de menace pour la sécurité.

13.4 Outre les cas de blocage résultant de la gestion du compte, l'Emetteur peut bloquer la Carte pour des raisons de sécurité ou de présomption d'opération non autorisée ou frauduleuse ou en cas de risque sensiblement accru ou avéré que le titulaire de la Carte et/ou du compte sur lequel fonctionne la Carte soit dans l'incapacité de s'acquitter de son obligation de paiement. Cette décision de blocage est motivée et notifiée dans tous les cas au Titulaire de la Carte et/ou du compte.

13.5 Dans ces cas, l'Emetteur peut retirer ou faire retirer la Carte par un Accepteur. Le Titulaire de la Carte s'oblige, en conséquence, à la restituer à la première demande et s'interdit d'en faire usage.

ARTICLE 14. -CONTESTATIONS

14.1 Le Titulaire de la Carte et/ou le titulaire du compte ont la possibilité de contester une opération auprès de l'Emetteur, par écrit, si possible en présentant le ticket émis par le TPE ou un justificatif de l'ordre de paiement sur lequel porte le litige, et cela le plus rapidement possible et dans un délai maximum de 13 mois à compter de la date du débit de l'ordre de paiement contesté sur le compte sur lequel fonctionne la Carte.

Le délai maximum durant lequel le Titulaire de la Carte et/ou du compte sur lequel fonctionne la Carte a la possibilité de contester une opération, est fixé à 70 jours à compter de la date du débit de l'ordre de paiement contesté sur ledit compte, lorsque le prestataire de services de paiement de l'Accepteur est situé hors de l'Espace Economique Européen, de Saint Pierre et Miquelon ou de Saint-Barthélemy.

14.2 Le Titulaire de la Carte a le droit au remboursement d'une opération de paiement autorisée et effectuée au sein de l'EEE, si l'autorisation donnée n'indiquait pas le montant exact de l'opération et si le montant de l'opération de paiement dépasse le montant auquel le Titulaire de la Carte peut raisonnablement s'attendre. Dans ce cas, l'Emetteur peut demander au Titulaire de la Carte de fournir tous les éléments relatifs au remboursement demandé.

La demande de remboursement doit être présentée avant l'expiration d'une période de huit semaines à compter de la date du débit de l'ordre de paiement objet de la demande de remboursement sur le compte sur lequel fonctionne la Carte. L'Emetteur dispose d'un délai de dix jours ouvrables à compter de la réception de la demande de remboursement pour effectuer le remboursement ou pour justifier son refus d'y procéder.

Conditions Générales d'Utilisation de la Carte Avance Santé

14.3 L'Emetteur et le Titulaire de la Carte conviennent d'apporter les meilleurs soins à leur information réciproque sur les conditions d'exécution de l'opération. Le cas échéant, et notamment en cas de fraude ou de suspicion de fraude commise par un tiers identifié ou non, l'émetteur peut demander un récépissé ou une copie d'un dépôt de plainte.

ARTICLE 15. REMBOURSEMENT DES OPERATIONS NON AUTORISEES OU MAL EXECUTEES

15.1 - Opérations de paiement non autorisées

Le titulaire de la Carte et/ou du compte sur lequel fonctionne la Carte, est remboursé immédiatement et au plus tard, le premier jour ouvrable suivant la réception de la contestation de l'opération non autorisée :

- du montant de l'opération contestée de bonne foi par le Titulaire de la Carte dans le cas de perte et/ou vol, d'utilisation frauduleuse et/ou de détournement de sa Carte et des données qui y sont liées, survenue avant la demande d'opposition (ou de blocage) conformément à l'article 14. « Contestations » et à l'article 9.2 « Opérations non autorisées, effectuées avant la demande d'opposition ou de blocage ».

- du montant de l'opération contestée de bonne foi par le Titulaire de la Carte, survenue après la demande d'opposition (ou de blocage) conformément à l'article 9.3 « Opérations non autorisées, effectuées après la demande d'opposition (ou de blocage) ».

L'Emetteur pourra néanmoins contre-passer le montant du remboursement ainsi effectué, en en informant le titulaire de la Carte et/ou du compte sur lequel fonctionne la carte, dans l'hypothèse où il serait à même de fournir les éléments prouvant la fraude ou la négligence grave commise par le Titulaire de la Carte.

Toutefois, conformément aux dispositions légales, l'Emetteur ne procédera pas au remboursement dans le délai susvisé s'il a de bonnes raisons de soupçonner une fraude du Titulaire de la Carte et s'il communique ces raisons par écrit à la Banque de France.

15.2 - Opérations de paiement mal exécutées

Le titulaire de la Carte et/ou du compte sur lequel fonctionne la Carte, est remboursé, si besoin et sans tarder, du montant de l'opération mal exécutée.

15.3 - Dispositions communes

Dans tous les cas énumérés ci-dessus, le compte débité est rétabli dans l'état où il se serait trouvé si le débit des montants contestés n'avait pas eu lieu et à bonne date de valeur.

ARTICLE 16. COMMUNICATION DE RENSEIGNEMENTS A DES TIERS

16.1 De convention expresse, l'Emetteur est autorisé à diffuser les informations recueillies dont les données personnelles, dans le cadre du présent service, les informations figurant sur la Carte et celles relatives aux opérations effectuées au moyen de celle-ci.

Ces informations feront l'objet de traitements automatisés ou non afin de :

- permettre la fabrication de la Carte, la gestion de son fonctionnement et d'assurer la sécurité des opérations de paiement, notamment lorsque la Carte fait l'objet d'une opposition (ou de blocage).
- répondre aux obligations réglementaires ou légales notamment en matière pénale ou administrative liées à l'utilisation de la Carte.

16.2 Pour satisfaire les finalités précisées ci-dessus, les informations en question pourront être communiquées aux établissements de crédit et plus généralement aux établissements habilités à fournir des services de paiement et soumis au secret professionnel, aux sociétés du groupe de l'émetteur, aux organismes intervenant dans le cadre de la fabrication et du fonctionnement de la Carte, à des sous-traitants, aux Accepteurs, à la Banque de France et aux schémas de cartes de paiement dont la (une des) marque(s) est apposée sur la carte.

16.3 - Le Titulaire de la Carte est informé que les finalités mentionnées ci-dessus peuvent nécessiter une transmission de données à caractère personnel à des entités situées dans des pays dont la législation n'offre pas de protection équivalente à la Convention n° 108 du Conseil de l'Europe et à la Loi dite "Informatique et Libertés" du 6 janvier 1978 modifiée par la Loi du 4 août 2004. Ces informations pourront, le cas échéant, être transmises aux autorités locales, conformément à la législation en vigueur. En conséquence, le Titulaire de la Carte autorise par la présente et de manière expresse l'Emetteur à transmettre des données personnelles le concernant aux seules finalités mentionnées ci-dessus.

16.4 Le Titulaire de la Carte peut exercer son droit d'accès et de rectification des données le concernant auprès du CREDIT MUTUEL - Service CARTE AVANCE SANTE - 4 rue Frédéric-Guillaume RAIFFEISEN - 67000 STRASBOURG. Il peut également s'opposer auprès de ce dernier, et sous réserve de justifier d'un motif légitime, à ce que les données à caractère personnel le concernant fassent l'objet d'un traitement.

ARTICLE 17. SANCTIONS

Toute fausse déclaration est passible des sanctions prévues par la loi.

Toute fausse déclaration ou usage abusif de la carte peut également entraîner la fin du service telle que prévue à l'article 11 « DUREE ET FIN DU SERVICE » des présentes conditions d'utilisation.

ARTICLE 18. RECLAMATIONS - MEDIATION

18.1 Les demandes du Titulaire de la Carte et/ou du compte portant sur la bonne exécution des présentes conditions d'utilisation sont à formuler, soit directement auprès de l'Emetteur, soit par appel téléphonique au 03 88 14 00 33.

18.2 Tout litige relevant de la compétence légale et réglementaire du médiateur pourra être soumis gratuitement et par courrier adressé par le Titulaire de la Carte à un médiateur dont les coordonnées peuvent vous être communiquées par TELSANTE au 03 88 14 00 33. Le médiateur statue dans les deux mois de sa saisine sur les dossiers éligibles à la procédure.

En cas de réclamation sur le respect des dispositions du présent service, les demandes du Titulaire de la Carte et/ou du compte sont à formuler, soit directement auprès des guichets de l'Emetteur, soit par courrier ou par courriel. L'adresse Email de l'Emetteur est disponible sur le site internet de l'Emetteur. La réponse de l'Emetteur est transmise dans les meilleurs délais et au plus tard dans les quinze jours ouvrables suivant la réception de la réclamation.

Dans des situations exceptionnelles, si aucune réponse ne peut être donnée dans ce délai pour des raisons échappant au contrôle de l'Emetteur, celui-ci envoie une réponse d'attente motivant clairement le délai complémentaire nécessaire pour répondre à la réclamation et précisant la date ultime à laquelle le Titulaire de la Carte et/ou du compte recevra une réponse définitive, et qui ne pourra pas dépasser trente-cinq jours ouvrables suivant la réception de la réclamation.

Conditions Générales d'Utilisation de la Carte Avance Santé

En cas de difficultés persistantes, le Titulaire de la Carte et/ou du compte sur lequel fonctionne la Carte pourra saisir le Médiateur, dont les coordonnées figurent sur le site internet de l'Emetteur ou peuvent être communiquées par TELSANTE au 03 88 14 00 33.

18.3 La loi applicable aux relations pré-contractuelles et au contrat est la loi française. En cas de recours judiciaire, la juridiction compétente sera celle résultant de l'application des règles du code de procédure civile.

L'adhérent s'engage à communiquer toutes ces dispositions du contrat aux bénéficiaires du contrat d'assurance qu'il a désignés.