

Notice d'information valant Conditions Générales relatives au contrat d'assurance : INTÉGRALE HOSPI

PREVIJACHLACTU202301

Préambule

Les formalités d'adhésion au contrat relatives aux articles 2.1 (Conditions et formalités d'adhésion au contrat) et 2.2. (Modification de l'adhésion au contrat), ainsi que les formalités de remise des documents contractuels prévues à l'article 2.4. (Obligations des parties), sont effectuées par ActuData, représentant de Acheel pour la distribution et la gestion du contrat sous forme exclusivement électronique.

L'intégralité des informations et de la documentation contractuelle nécessaire à l'adhésion et à l'application du contrat est transmise à l'assuré par voie dématérialisée électronique sur son espace client dédié.

Lexique

Dans le présent contrat les termes suivants sont utilisés :
Sauf disposition spécifique prévue à la garantie, les définitions ci-après s'entendent au jour de l'événement considéré.

L'assureur

Acheel - Société Anonyme au capital de 46 812,48 euros - Entreprise régie par le Code des assurances et soumise à l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR, 4 Place de Budapest, CS 92459, 75436 Paris) - RCS Paris n°879605350 - Siège Social : 128 rue La Boétie - 75008 Paris

Le souscripteur

Association pour la Santé et Prévoyance de l'Echiquier (ASPE), association régie par la loi du 1er juillet 1901 sise au 51 rue de l'Echiquier - 75009 Paris

L'adhérent

La personne physique, membre de l'association ASPE, répondant aux conditions d'adhésion objet de l'article 2.1.1 (Conditions d'adhésion au contrat), adhérant au contrat.

Le courtier

(gestion des cotisations, adhésions et recouvrements)
ActuData - Société par Actions Simplifiée au capital social de 20 000 Euros, immatriculée au Registre des Intermédiaires en Assurance sous le numéro 16 006 094 (www.orias.fr) - Siège Social : 205 Avenue Georges Clémenceau 92000 Nanterre.

Gestionnaire prestations

CPMS 4 Rue Auber 75009 PARIS, Société de Courtage d'Assurance au capital de 4 429 000 € inscrite auprès de l'ORIAS sous le N° 07 001 007

L'assuré

L'adhérent admis à l'assurance sur qui repose le risque assuré.

Le conjoint

Par conjoint nous entendons :

- L'époux ou l'épouse de l'assuré, non divorcé et non séparé de corps judiciairement.
- Ou, à défaut,
- La personne liée à l'assuré par un Pacte Civil de Solidarité (PACS) en vigueur dans les conditions fixées par les articles 515-1 et suivants du Code civil.
- Ou, à défaut,
- La personne vivant en couple avec l'assuré au sens de l'article 515-8 du Code civil, sous réserve que l'assuré et son concubin soient libres de tout engagement (mariage ou PACS).

Les enfants à charge

Sont considérés comme enfants à charge : ceux de l'assuré, de son conjoint tels que définis précédemment, sous réserve :

- qu'ils soient âgés de 12 ans ou plus et de moins de 18 ans
- qu'ils soient fiscalement à charge de l'assuré ou de son conjoint, c'est à dire pris en compte pour l'application du quotient familial ou qu'ils perçoivent une pension alimentaire que l'assuré déduit fiscalement de son revenu global.

Les bénéficiaires

Sous réserve des dispositions du contrat, peuvent bénéficier de la garantie : l'assuré, son conjoint, ses enfants à charge tels que défini ci-dessus.

Hospitalisation

Admission de l'assuré dans un établissement de santé (hôpital ou clinique, du secteur public ou privé) **d'au moins 72 heures consécutives** pour une maladie ou **d'au moins 24 heures consécutives** pour un

accident garanti afin d'y subir une intervention chirurgicale ou un traitement médical.

A l'étranger, on entend par établissement hospitalier, un établissement sous la surveillance permanente d'un personnel médical qualifié dirigé de jour et de nuit par un médecin. L'établissement doit posséder un fichier médical où chaque patient est enregistré et auquel le médecin-conseil de l'assureur peut avoir accès.

Les hospitalisations qui ne sont pas nécessaires au traitement d'une maladie, ou d'un accident ainsi que les hospitalisations à domicile ne sont pas couvertes.

L'assureur n'est pas tenu par les décisions prises par le régime obligatoire de Sécurité sociale dont relèverait le bénéficiaire concerné.

Maladie

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

Accident

Atteinte à l'intégrité physique, non intentionnelle de la part du bénéficiaire et provenant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure à l'assuré.

Ne sont pas considérés comme des accidents les malaises cardiaques, les infarctus du myocarde, les spasmes coronariens, les troubles du rythme cardiaque, les attaques et les hémorragies cérébrales.

De plus la blessure ou la lésion provenant, totalement ou partiellement, d'un état pathologique ou d'une opération non consécutive à un accident, ne peut être considérée comme un accident.

Agression

Désigne une atteinte corporelle provoquée par un tiers commise dans le cadre d'un crime ou d'un délit ayant entraîné une hospitalisation d'au moins 48 heures consécutives. Ne sont pas considérées comme tiers les personnes ayant un lien de parenté ou résidant habituellement avec le bénéficiaire. Sera seul pris en compte l'événement qui aura fait l'objet de la part de l'Assuré ou de l'Adhérent ou de son représentant d'un dépôt de plainte, au plus tard dans les 15 jours qui suivent l'événement, après d'une autorité de justice.

Attentat

Désigne le fait de commettre un ou plusieurs actes de violence de nature à mettre en péril les institutions de la République française sur le territoire national ou à porter atteinte à l'intégrité du territoire national.

Calcul de l'âge

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

ARTICLE 1 : Dispositions générales du contrat

1.1 Objet du contrat

Ce contrat est un contrat d'assurance de groupe à adhésion individuelle et facultative, souscrit par l'Association pour la Santé et la Prévoyance de l'Echiquier (ASPE) au profit de ses membres remplissant les conditions d'adhésion définies à l'article 2.1.1 (Conditions d'adhésion au contrat) et a pour objet de garantir le versement d'une indemnité journalière aux bénéficiaires désignés en cas d'hospitalisation consécutive à une maladie ou un accident.

Il est régi par le Code des Assurances et notamment ses articles L141-1 et suivants et relève des branches 1 (accident) et 2 (maladie) de l'article R321-1 du Code des Assurances.

Il est assuré par Acheel sous le numéro de convention : PREVIJACHLACTU202301.

1.2 Prise d'effet, durée, renouvellement et résiliation du contrat

Le contrat conclu entre le souscripteur, l'association ASPE et l'assureur prend effet le 1er janvier 2023. Il est souscrit pour une période se terminant le 31 décembre de l'année au cours de laquelle il a pris effet. Le contrat se renouvelle ensuite par tacite reconduction le premier janvier de chaque année pour des périodes successives d'un an, sauf dénonciation, par l'une des parties, (souscripteur ou assureur) notifiée par lettre recommandée adressée DEUX MOIS au moins avant chaque date de renouvellement. Le souscripteur peut également procéder à la résiliation dans les mêmes délais par envoi recommandé électronique.

Il prend fin en cas de résiliation conformément aux dispositions prévues ci-dessus ainsi qu'à celles de l'article 1.4 (Ajustement du

contrat).

Dans le cas où l'assureur est amené à réévaluer ses cotisations, le nouveau montant de cotisation sera communiqué à l'avis d'échéance annuelle. Les augmentations de cotisations seront notifiées à l'adhérent par écrit au moins deux mois avant la date prévue de l'entrée en vigueur, à moins que les délais réglementaires ne permettent pas de respecter ce délai. L'adhérent pourra être informé par notification. L'adhérent ne pourra exiger comme moyen de preuve de cette information l'envoi d'un courrier recommandé. L'adhérent pourra refuser cette modification en résiliant le contrat dans le mois qui suit la réception du courrier.

1.3 Références légales

1.3.1 Obligations de déclaration

Les déclarations du souscripteur et de l'adhérent servent de base à l'application de la garantie.

Toute réticence ou fausse déclaration modifiant l'objet du risque ou en diminuant l'opinion pour l'assureur entraînerait l'application des articles L 113-8 et L 113-9 du Code des Assurances qui prévoient :

Article L 113-8 « Indépendamment des causes ordinaires de nullité, et sous réserve des dispositions de l'article L. 132-26, le contrat d'assurance est nul en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de l'assuré, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour l'assureur, alors même que le risque omis ou dénaturé par l'assuré a été sans influence sur le sinistre. Les primes payées demeurent alors acquises à l'assureur, qui a droit au paiement de toutes les primes échues à titre de dommages et intérêts. Les dispositions du second alinéa du présent article ne sont pas applicables aux assurances sur la vie ».

L'assureur doit justifier par tous moyens de l'existence du caractère intentionnel de la fausse déclaration.

Article L 113-9 « L'omission ou la déclaration inexacte de la part de l'assuré dont la mauvaise foi n'est pas établie n'entraîne pas la nullité de l'assurance. Si elle est constatée avant tout sinistre, l'assureur a le droit soit de maintenir le contrat, moyennant une augmentation de prime acceptée par l'assuré, soit de résilier le contrat dix jours après notification adressée à l'assuré par lettre recommandée, en restituant la portion de la prime payée pour le temps où l'assurance ne court plus. Dans le cas où la constatation n'a lieu qu'après un sinistre, l'indemnité est réduite en proportion du taux des primes payées par rapport au taux des primes qui auraient été dues, si les risques avaient été complètement et exactement déclarés.».

Toute production intentionnelle par l'adhérent ou par les bénéficiaires de documents falsifiés ou de déclarations fausses entraîne la déchéance de tout droit à prestations.

1.3.2 Prescription

Toute action dérivant du présent contrat est irrecevable au terme d'un délai de DEUX ANS à compter de l'événement qui lui a donné naissance, selon les dispositions des articles L114-1 et L114-2 du code des assurances qui prévoient :

Article L114-1 : « Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance. Par exception, les actions dérivant d'un contrat d'assurance relatives à des dommages résultant de mouvements de terrain consécutifs à la sécheresse-réhydratation des sols, reconnus comme une catastrophe naturelle dans les conditions prévues à l'article L. 125-1, sont prescrites par cinq ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

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

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

Quand l'action de l'assuré contre l'assureur a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'assuré ou a été indemnisé par ce dernier.

La prescription est portée à dix ans dans les contrats d'assurance sur la vie lorsque le bénéficiaire est une personne distincte du souscripteur et, dans les contrats d'assurance contre les accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'assuré décédé.

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

Article L114-2 : «La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription [reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait (article 2240 du Code civil), acte d'exécution forcée (article 2244 du Code civil), citation en justice, même en référé (article 2241 du Code civil)] 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.»

Article L114-3 Par dérogation à l'article 2254 du code civil, les parties au contrat l'assurance ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci.

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

Article 2240 La reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription.

Article 2241 La demande en justice, même en référé, interrompt le délai de prescription ainsi que le délai de forclusion. Il en est de même lorsqu'elle est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure.

Article 2242 L'interruption résultant de la demande en justice produit ses effets jusqu'à l'extinction de l'instance.

Article 2243 L'interruption est non avenue si le demandeur se désiste de sa demande ou laisse périmer l'instance, ou si sa demande est définitivement rejetée.

Article 2244 Le délai de prescription ou le délai de forclusion est également interrompu par une mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée.

Article 2245 L'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription contre tous les autres, même contre leurs héritiers. En revanche, l'interpellation faite à l'un des héritiers d'un débiteur solidaire ou la reconnaissance de cet héritier n'interrompt pas le délai de prescription à l'égard des autres cohéritiers, même en cas de créance hypothécaire, si l'obligation est divisible. Cette interpellation ou cette reconnaissance n'interrompt le délai de prescription, à l'égard des autres codébiteurs, que pour la part dont cet héritier est tenu. Pour interrompre le délai de prescription pour le tout, à l'égard des autres codébiteurs, il faut l'interpellation faite à tous les héritiers du débiteur décédé ou la reconnaissance de tous ces héritiers.

Article 2246 L'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance interrompt le délai de prescription contre la caution.

1.4 Ajustement du contrat

Si une décision législative, réglementaire, une évolution des résultats techniques constatée sur la garantie ou une aggravation du risque viennent à entraîner une modification des engagements de l'assureur, celui-ci se réserve la possibilité de :

- Modifier le contrat,
- Réviser le tarif,
- Résilier le contrat en dehors de l'échéance annuelle, dans les conditions prévues par l'article L 113-4 du code des Assurances

Jusqu'à la date de prise d'effet de cette modification ou de cette révision, les dispositions antérieures continuent à s'appliquer au contrat sauf si les nouvelles dispositions sont d'ordre public et donc d'application immédiate.

1.5 Montants de la prestation proposée au contrat

L'adhérent pourra choisir le montant de l'indemnité journalière qu'il souhaite parmi les niveaux suivants :

Garantie IJH Toutes causes	Allocations Journalières
Niveau 1	20€/jour
Niveau 2	40€/jour
Niveau 3	60€/jour
Niveau 4	80€/jour
Niveau 5	100€/jour
Niveau 6	120€/jour
Niveau 7	150€/jour

Quel que soit le niveau, le montant de la garantie est identique pour l'ensemble des bénéficiaires assurés et doublé en cas d'accident.

1.6 Dispositions diverses

1.6.1 Communications

Toutes les communications relatives à l'assurance et incombant au souscripteur, aux assurés ou aux ayants droit, doivent être adressées au gestionnaire, représentant de l'assureur :

**ActuData Gestion
TSA 86933
95144 Groslay Cedex**

Toutes les communications incombant à l'assureur seront valablement faites au dernier domicile connu en France indiqué par le souscripteur et / ou l'adhérent et / ou les bénéficiaires.

1.6.2 Droit d'accès et de rectification

Conformément à la réglementation européenne et française en matière de données à caractère personnel, en ce compris le Règlement Général sur la Protection des Données n°2016/679 du 27 avril 2016 (dit « RGPD ») et la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés modifiée (dite « loi Informatique et Libertés »), l'assuré reconnaît avoir été informé par l'assureur en sa qualité de responsable de traitement des données à caractère personnel collectées, que :

Les coordonnées des délégués à la protection des données :

- Pour le gestionnaire, à ActuData – Délégué à la protection des données personnelles – ActuData, TSA 86933, 95144 Groslay Cedex ou à l'adresse électronique dpo@actudata.fr
- Pour l'assureur : dpo@acheel.com

1. Les données à caractère personnel de l'assuré peuvent être collectées et traitées au titre de :

- la souscription, la gestion et l'exécution du contrat d'assurance ainsi que la gestion ou l'exécution de tout autre contrat souscrit auprès de l'assureur ou auquel l'assureur appartient ; et ce y compris, en notre qualité d'organisme assureur, l'utilisation du NIR de l'assuré pour la gestion le cas échéant, de ses risques d'assurance complémentaire santé et prévoyance (conformément au Pack de conformité « Assurance » de la CNIL de novembre 2014 (dit « Pack Assurance ») ;
- la gestion des avis de l'assuré sur les produits, services ou contenus proposés par l'assureur ou ses partenaires;
- l'exercice des recours à la gestion des réclamations et des contentieux ;
- l'élaboration de statistiques y compris commerciales, d'études actuarielles ou autres analyses de recherche et développement ;
- l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur ; y compris celles relatives à la lutte contre la fraude, pouvant conduire à son inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude ; et à la lutte contre le blanchiment des capitaux et au financement du terrorisme.

L'assureur s'engage à ne pas exploiter les données personnelles de l'assuré pour d'autres finalités que celles précitées.

L'assuré reconnaît que la collecte et le traitement de ses données à caractère personnel (en ce compris des données d'identification, des données relatives à sa situation familiale, économique, patrimoniale et financière, professionnelle, à sa vie personnelle, à sa santé, à l'appréciation du risque, à la gestion du contrat...) sont nécessaires à la gestion et à l'exécution du contrat.

Le traitement, pour une ou plusieurs finalités spécifiquement déterminées, des données concernant la santé de l'assuré, données sensibles au sens de l'article 8 de la loi Informatique et libertés et de l'article 9 du RGPD, est soumis à son consentement écrit et préalable pour une ou plusieurs des finalités spécifiquement listées ci-dessus. En pratique la signature du Bulletin individuel d'affiliation vaut recueil du consentement.

Les destinataires des données à caractère personnel de l'assuré sont, dans la limite de leurs attributions respectives et suivant les finalités : les services de Acheel ou de ses éventuels délégataires de gestion dont le personnel est en charge des traitements relatifs à ces données, ainsi que, le cas échéant les sous-traitants, les délégataires de gestion, les intermédiaires, les réassureurs, les organismes professionnels habilités, les partenaires et les sociétés extérieures et les souscripteurs du contrat.

Les données de santé de l'assuré sont destinées au Service médical de l'assureur et à toute personne placée sous la responsabilité du Service Médical et ne sont en aucun cas utilisées à des fins commerciales.

L'assureur s'engage à ce que les données à caractère personnel de l'assuré ne soient en aucun cas transmises à des tiers non autorisés.

Les données à caractère personnel relatives à la santé de l'assuré sont traitées dans des conditions garantissant leur sécurité notamment par la mise en œuvre de mesures techniques et organisationnelles renforcées adaptées au risque élevé pesant sur de telles données.

Les durées de conservation des données à caractère personnel traitées dans le cadre de la gestion des contrats d'assurance et de la relation clients avec l'assuré varient en fonction des finalités susvisées et sont conformes aux recommandations de la CNIL et notamment aux durées prévues par le Pack Assurance. En tout état de cause, le calcul de ces durées est réalisé en fonction des finalités pour lesquelles les données sont collectées, de la durée de la relation contractuelle, des obligations légales de l'assureur et des prescriptions légales applicables.

L'assureur et ses partenaires s'engagent (1) à prendre les mesures techniques et organisationnelles appropriées pour garantir un niveau de sécurité et de confidentialité adapté au risque présenté par le traitement des données de l'assuré et (2) à notifier à la CNIL et informer l'assuré en cas de violation de ses données dans les limites et conditions des articles 33 et 34 du RGPD.

Les données utilisées à des fins statistiques font l'objet d'une anonymisation préalable par des procédés techniques excluant tout risque de ré-identification des personnes. Les dispositions de la réglementation de protection des données ne s'appliquent pas à de telles données.

Ces droits peuvent être exercés, en justifiant de son identité, par email à :

- Pour le gestionnaire, à ActuData – Délégué à la protection des données personnelles – ActuData, TSA 86933, 95144 Groslay Cedex ou à l'adresse électronique dpo@actudata.fr
- Pour l'assureur : dpo@acheel.com

2. L'assuré dispose également du droit de contacter la CNIL directement sur le site internet <https://www.cnil.fr/fr/agir> ou par courrier à l'adresse suivante : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés, 3 Place de Fontenoy – TSA 80715, 75334 PARIS CEDEX 07.

Pour information, l'assuré dispose également du droit de s'inscrire sur la liste d'opposition BLOCTEL au démarchage téléphonique. Pour plus d'informations : www.bloctel.gouv.fr.

1.6.3 Organisme de contrôle de l'assureur

L'autorité chargée du contrôle de Acheel est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution :

**ACPR
4 Place de Budapest
CS 92459
75436 Paris Cedex 09**

1.6.4 Réclamations, Médiation, Juridiction compétente

Pour toute réclamation relative à la gestion de son adhésion, ses cotisations ou encore ses prestations, l'adhérent doit s'adresser prioritairement à son interlocuteur habituel qui est en mesure de lui fournir toutes informations et explications :

**ActuData – Service Réclamations
TSA 86933
95144 Groslay Cedex**

Si l'adhérent ne reçoit pas une réponse satisfaisante, il peut adresser sa réclamation écrite (mentionnant les références du dossier concerné et accompagnée d'une copie des éventuelles pièces justificatives) à :

reclamation@acheel.com

Dans tous les cas, le délai de traitement de la réclamation ne pourra excéder deux mois entre la date de réception de la réclamation et la date d'envoi de la réponse définitive apportée à l'Adhérent.

Ce service accusera réception de sa demande et y répondra dans les meilleurs délais.

Si l'adhésion au contrat a été effectuée par le biais d'un intermédiaire et que la demande relève de son devoir de conseil et d'information ou concerne les conditions de commercialisation de l'adhésion, la réclamation doit être exclusivement adressée à cet intermédiaire.

La procédure ci-dessus ne s'applique pas si une juridiction a été saisie du litige que ce soit par l'adhérent ou l'Assureur.

Lorsque, aucune solution à un litige relatif aux garanties n'a pu être trouvée, l'assuré, le souscripteur et / ou les bénéficiaires peuvent, sans préjudice du droit d'agir en justice, s'adresser à la Médiation de l'assurance par voie électronique à l'adresse suivante : www.mediation-assurance.org ou par courrier à l'adresse suivante :

La Médiation de l'Assurance
TSA 50110
75441 Paris Cedex 09

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

ARTICLE 2 : Dispositions relatives à l'adhésion au contrat

2.1 Conditions et formalités d'adhésion au contrat

2.1.1 Conditions d'adhésion au contrat

Sont admissibles au contrat les personnes physiques, de 18 à 70 ans pour l'adhérent et son conjoint et dès la naissance pour les ayants droits, membres de l'association ASPE, résidant en France métropolitaine et ayant demandé à adhérer au présent contrat.

2.1.2 Formalités d'adhésion au contrat

L'adhérent remplit une demande d'adhésion par laquelle, notamment, il choisit le montant et les bénéficiaires de la garantie.

L'acceptation du risque par l'assureur est constatée par l'émission d'un certificat d'adhésion.

Le certificat d'adhésion qui confère à l'adhérent la qualité d'assuré mentionne les caractéristiques propres à l'adhésion, notamment, l'identité de l'assuré et des bénéficiaires, la date d'effet de l'adhésion, le montant de la garantie souscrite et la cotisation y afférent.

Seules les pièces contractuelles portant la signature d'un représentant habilité de la compagnie engageant l'assureur.

2.2 Modification de l'adhésion au contrat

Au 1er janvier de chaque année, sous réserve d'en faire la demande à l'assureur au moins DEUX mois avant cette date, l'assuré peut modifier le montant des garanties souscrites et/ou les bénéficiaires.

La modification de l'adhésion prend effet après accord exprès de l'assureur matérialisé par l'établissement d'un avenant au certificat d'adhésion émis en ligne et signé électroniquement par l'assuré, qui indique notamment la date de prise d'effet de la modification, la nouvelle garantie souscrite, son montant et la cotisation à cette date ainsi que les bénéficiaires de la garantie. Celle-ci sera calculée conformément aux critères mentionnés à l'article 3.1 (Montant de la cotisation). Cet avenant sera mis à disposition dans son espace dédié.

Toute demande de modification de l'adhésion sera adressée à :

ActuData Gestion
TSA 86933
95144 Groslay Cedex

En aucun cas, le cumul des garanties ne pourra excéder le plafond de cent (100) euros d'indemnité Journalière versée.

2.3 Effet, durée et renouvellement de l'adhésion et des garanties

2.3.1 Date d'effet, durée, renouvellement de l'adhésion

L'adhésion au présent contrat prend effet à la date mentionnée au certificat d'adhésion sous réserve :

- de la signature de son certificat d'adhésion mis à disposition en ligne, et
- du versement de la première cotisation.

L'adhésion est souscrite à l'origine pour une période de 12 mois à la date d'effet indiquée au certificat d'adhésion.

Elle se renouvelle ensuite par tacite reconduction à chaque anniversaire de l'adhésion pour une durée d'un an, sauf dénonciation par l'assuré, par notification dans les conditions de l'article L113-14 du Code des assurances, - adressée au moins DEUX mois avant cette date.

2.3.2 Cessation de l'adhésion

L'adhésion au contrat prend fin pour l'assuré :

- en cas de non-paiement de la cotisation,
- à la date à laquelle il ne remplit plus les conditions d'adhésion objet de l'article 2.1.1 (Conditions d'adhésion au contrat);
- à la date à laquelle il n'est plus membre de l'association souscriptrice,
- en cas de non renouvellement de l'adhésion dans les conditions mentionnées à l'article 2.3.1 (Date d'effet, durée, renouvellement de l'adhésion),
- A la date de résiliation du contrat dans les conditions prévues à l'article 1.2 (Prise d'effet, Durée, renouvellement et résiliation du contrat),
- A la date du décès de l'assuré,
- Et en tout état de cause, à la date anniversaire du contrat l'année du SOIXANTE QUINZIÈME ANNIVERSAIRE (75) de l'adhérent.

2.3.3 Date d'effet et durée des garanties

Pour l'assuré :

Les garanties prennent effet à la même date que celle de l'adhésion, mentionnée sur le certificat d'adhésion.

En cas de modification de l'adhésion dans les conditions mentionnées à l'article 2.2 (Modification de l'adhésion au contrat), à la date mentionnée sur l'avenant à l'adhésion.

Pour les bénéficiaires :

- A la même date que la date d'adhésion de l'assuré

Ultérieurement :

- en cas de changement de situation de famille à la date de l'événement sous réserve que l'assuré en fasse la demande à l'assureur dans les 30 jours qui suivent ledit événement accompagnée du justificatif correspondant,
- dans les autres cas, au 1er janvier d'une année sous réserve que l'assuré en fasse la demande au moins DEUX mois avant ledit 1er janvier

Pour l'assuré, la garantie cesse dans les cas prévus à l'article 2.3.2 (Cessation de l'adhésion).

Pour les bénéficiaires, la garantie cesse :

- à la même date que celle de l'assuré,

Antérieurement :

- à la date à laquelle ils ne répondent plus à la définition de bénéficiaires tels que définis au Lexique,
- le jour du DIX-HUITIÈME (18) anniversaire de l'enfant à charge,
- au SOIXANTE QUINZIÈME ANNIVERSAIRE (75) du CONJOINT
- au 31 décembre de l'année au cours de laquelle l'assuré demande la radiation du ou des bénéficiaires tels que définis au Lexique avec un préavis de DEUX mois,
- à la date où la cotisation les concernant n'est plus réglée.

En tout état de cause, les bénéficiaires couverts sont ceux figurant sur le certificat d'adhésion de l'assuré.

2.4 Obligations des parties

2.4.1 Obligations du souscripteur

Le certificat d'adhésion est remis à l'assuré conformément à l'article 2.1.2 (Formalités d'adhésion au contrat).

Le souscripteur doit conformément à l'article L 141-4 du Code des Assurances :

- Remettre aux assurés une notice établie par l'assureur qui définit les garanties et leurs modalités d'entrée en vigueur ainsi que les formalités à accomplir en cas d'événement ouvrant droit aux prestations,
- Informer par écrit les assurés des modifications apportées à leurs droits et obligations TROIS mois au minimum avant la date prévue de leur entrée en vigueur.

D'un commun accord entre l'assureur et le souscripteur, il a été convenu que le souscripteur donnait expressément mandat à l'assureur d'accomplir les formalités légales précitées.

2.4.2 Obligations de l'assuré

2.4.2.1 Obligations liées à la territorialité du contrat

Sauf stipulations contraires précisées au certificat d'adhésion, la résidence de l'assuré est sise en France Métropolitaine.

Les garanties sont acquises en France métropolitaine et dans les autres pays du monde lors de séjours à l'étranger de moins de TROIS mois consécutifs.

2.4.2.2 Autres obligations

L'assuré s'oblige :

à l'adhésion à transmettre :

- la demande d'adhésion complétée et signée **précisant le cas échéant si son conjoint et/ou ses enfants sont appelés à bénéficiaire de la garantie**,
- toute pièce que l'assureur jugerait nécessaire à l'adhésion.

en cours d'adhésion :

- à régler les cotisations à l'assureur,
- à communiquer à l'assureur toutes circonstances nouvelles ayant pour conséquence de modifier la nature ou l'importance des risques, ou d'en créer de nouveaux, et de rendre inexacts ou caduques les déclarations faites à l'assureur lors de l'adhésion et notamment : le changement de situation familiale, de domicile ou de domiciliation bancaire.
- à transmettre à l'assureur, le cas échéant, sa demande de modification de l'adhésion au contrat dans les conditions fixées à l'article 2.2 (Modification de l'adhésion au contrat).

en cas d'événement ouvrant droit aux prestations :

- les pièces nécessaires au règlement des prestations, tels qu'elles sont énumérées dans le texte spécifique à la garantie,

L'assureur ne peut se trouver engagé que par les déclarations et pièces qui lui sont transmises par le souscripteur et l'adhérent au contrat.

2.5 Renonciation

L'assuré a la faculté de renoncer à son adhésion, si elle a été conclue à distance, dans les conditions ci-après :

2.5.1 Conclusion de l'adhésion à distance

Conformément à l'article L112-2-1 du code des Assurances, l'assuré dispose d'un délai de 14 jours calendaires révolus pour exercer son droit de renonciation, par lettre recommandée avec avis de réception ou par envoi recommandé électronique, sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités, ce délai commençant à courir à compter du jour de la signature du certificat d'adhésion.

2.5.2 Conclusion de l'adhésion par démarchage

Conformément à l'article L. 112-9 du code des assurances, l'assuré dispose d'un délai de 14 jours calendaires révolus pour exercer son droit de renonciation lorsqu'il a fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail même à sa demande, par lettre recommandée avec avis de réception ou par envoi recommandé électronique, sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités, ce délai commençant à courir à compter du jour de la signature du certificat d'adhésion.

2.5.3 Modèle de lettre de renonciation

Pour exercer son droit de renonciation, l'assuré peut utiliser le modèle de lettre suivant :

« Je soussigné (nom, prénom), demeurant (adresse complète), déclare renoncer à mon adhésion au contrat numéro (indiquer ledit numéro), souscrit le (date du certificat d'adhésion), par l'intermédiaire de (nom du conseiller en assurance), en application des dispositions de l'article L 112-2-1 du code des Assurances (cas d'adhésion à distance ou de l'article L. 112-0 du code des Assurances (cas d'adhésion par démarchage)). »

ARTICLE 3 : Dispositions relatives aux cotisations

3.1 Montant de la cotisation

La cotisation annuelle est exprimée en euro en fonction de l'âge de chaque bénéficiaire (âge calculé par différence de millésime) et selon les tranches d'âges définies ci-dessous, du montant de garantie souscrite et des dispositions réglementaires en vigueur.

Les paliers des tranches d'âges du tarif sont au :

- Moins de 18 ans,
- De 18 ans à 49 ans,
- De 50 ans à 59 ans,
- De 60 ans à 70 ans.

La cotisation est déterminée selon ces critères à la date d'effet de l'adhésion au contrat et indiquée sur le certificat d'adhésion.

Elle peut évoluer conformément à l'article 1.4 (Ajustement du contrat).

En cas de modification de l'adhésion dans les conditions mentionnées à l'article 2.2 (Modification de l'adhésion au contrat), un avenant à l'adhésion indiquera la nouvelle cotisation, calculée selon les mêmes critères à la date de modification.

En tout état de cause, la cotisation évolue chaque 1er janvier de l'année de passage à une tranche d'âge supérieure.

3.2 Modalités de paiement de la cotisation

La cotisation mentionnée au certificat d'adhésion est payable mensuellement à terme d'avance par l'assuré dans les 10 jours de son échéance.

Le payeur de cotisation est seul responsable de son paiement à l'égard de l'assureur.

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

3.3 Défaut de paiement

L'assureur ne peut se trouver engagé que par le paiement régulier des cotisations aux échéances fixées.

En cas de non-paiement d'une cotisation mentionnée au certificat d'adhésion, au terme du délai de 10 jours suivant son échéance, l'assureur mandataire du souscripteur à cet effet, adresse une lettre recommandée de mise en demeure de payer.

Le non-paiement d'une cotisation à l'expiration d'un délai de 40 jours suivant l'envoi de la lettre de mise en demeure, entraîne de plein droit l'exclusion de l'adhérent au contrat dont l'adhésion se trouve alors résiliée.

D'un commun accord entre l'assureur et le souscripteur, il a été convenu que le souscripteur donnait expressément mandat à l'assureur d'accomplir les formalités légales prévues en cas de non-paiement d'une cotisation.

ARTICLE 4 : Dispositions relatives à la garantie IJ hospitalisation toutes causes

4.1 Objet de la garantie

La garantie a pour objet de verser une indemnité journalière en cas d'hospitalisation consécutive à une maladie ou un accident tels que définis au Lexique pour chaque journée complète passée par le bénéficiaire en établissement hospitalier après déduction d'une franchise. **L'hospitalisation doit survenir au maximum dans les 30 jours qui suivent la date de l'accident.**

4.2 Prestation

L'indemnité journalière choisie par l'assuré et mentionnée au certificat d'adhésion, est versée par l'assureur au bénéficiaire concerné ou le cas échéant, à son représentant légal, à l'issue d'une durée d'hospitalisation dite « franchise » égale à 72 heures en cas de maladie ou

égale à 24 heures en cas d'accident, sur présentation des pièces justificatives prévues à l'article 4.7 (Pièces à fournir) et pendant toute la durée de l'hospitalisation.

L'assureur peut également procéder à un contrôle médical dans les conditions prévues à l'article 4.8 (Contrôle médical).

Le montant de l'indemnité journalière est doublé en cas d'hospitalisation consécutive à un accident.

L'indemnité journalière, acquise jour par jour, est payable dans les 15 jours suivant la réception de toutes pièces justificatives (y compris le rapport d'expertise s'il y a lieu).

En cas d'hospitalisation de plus de 30 jours, l'indemnité journalière est payable mensuellement sous réserve de réception des justificatifs demandés.

4.3 Cessation de la prestation

Le service de l'indemnité journalière cesse :

- le jour de sortie de l'hôpital,
- au 365^{ème} jour cumulé d'hospitalisation en cas de maladie,
- au 1095^{ème} jours d'hospitalisation en cas d'accident,
- à la date de son refus de se soumettre au contrôle médical demandé par l'assureur conformément à l'article 4.8 (Contrôle médical) sauf cas fortuit ou de force majeure,
- lorsque le médecin conseil de l'assureur le reconnaît apte à reprendre son activité à temps plein,
- le jour de la date anniversaire du contrat de l'année du 75^e anniversaire de l'adhérent ou du conjoint bénéficiaire
- le jour du DIX HUITIÈME (18) anniversaire pour les enfants à charge bénéficiaires

Et en tout état de cause, le jour du décès de l'adhérent.

Hospitalisations successives

En cas d'hospitalisations successives pour la même cause médicale (même maladie ou accident) et espacée de moins de DEUX (2) mois, les prestations sont versées dans les conditions du contrat, sous réserve de l'accord du médecin conseil de l'assureur, sans application de la franchise dès la 2^{ème} hospitalisation. La durée maximale de versement des prestations tient compte de la période d'hospitalisation déjà indemnisée..

4.4 Exclusions

Ne donnent pas lieu au versement d'indemnités journalières les hospitalisations résultantes :

- D'une maladie ou d'un accident survenus en dehors de la période de validité du contrat
- Dues à l'état de grossesse, les accouchements et leurs suites (sauf ceux occasionnés par un accident, une interruption volontaire de grossesse. En outre, la garantie ne couvre pas le risque maternité.
- De tout fait intentionnel de la part de l'assuré ayant pour but de porter atteinte à son intégrité physique (y compris les tentatives de suicide ou de mutilation)
- Dus à l'utilisation avec ou sans conduite d'un véhicule à moteur à deux ou trois roues d'une cylindrée égale ou supérieure à 50cm³.
- Dus à l'ivresse ou au délire alcoolique de l'Assuré (lorsque l'Assuré présente un taux d'alcoolémie supérieur au taux prévu à l'article L234-1 du code de la route et relevant des délits), à l'usage par lui de drogues, stupéfiants, ou tranquillisants non prescrits médicalement. • Résultant d'une pandémie
- Provoqués par la guerre étrangère (l'Assuré doit prouver que le sinistre résulte d'un autre fait)
- • Provoqués par la guerre civile, les émeutes ou les mouvements populaires, rixes (sauf cas de légitime défense) ou acte criminel, délit, la grève, le lock-out, attentats, actes de terrorisme ou de sabotage, détournement, prises d'otage, insurrections, complots, participation active de l'assuré à tout duel. En outre la garantie ne couvre aucune de ces situations si l'assuré y prend une part active (sauf en cas de légitime défense, d'assistance à personne en danger).

Sont, en outre, exclus du bénéfice de la garantie :

- Toute personne qui aurait causé ou provoqué intentionnellement le sinistre
- Toute personne membre des forces armées, de gendarmerie, de police nationale ou municipale en service commandé.

Ne sont pas garanties les hospitalisations :

- A domicile
- Dans les établissements, services, centres de moyen ou long séjour ou maisons médicales à partir du moment où les soins et les traitements effectués le sont pour : convalescence ou soins

de suite, réadaptation ou rééducation (fonctionnelle ou motrice, des maladies cardio vasculaires, des affections respiratoires, des affections hépato-digestives), rééducation ou réinsertion sociale et professionnelle ou pour des cures de toutes natures. En outre, les séjours en maison de convalescence, de repos, d'hébergement, de plein air, d'enfant à caractère sanitaire, de retraite, de gérontologie, en établissement thermal, climatique, de cure, en hospice, en clinique ou hôpital psychiatrique, institut médico-pédagogique sont exclus.

- Dans les établissements, services, maisons ou centre de repos, d'hébergement, de plein air, de retraite, en hospice de vieillards, instituts médico-pédagogiques, établissements et services de gériatrie ou de gérontologie et pour personnes âgées dépendantes, établissements, services ou centre thermaux, climatiques, diététiques, de thermalisme diététique, héliomarins, sanatoriums ou préventoriums, aériums, de lutte contre la tuberculose, en services, centres ou établissements hospitaliers psychiatriques.
- Dues à une maladie psychique, à un bilan de santé (check-up) ou à un traitement à but de rajeunissement
- Dues aux affections de types psychiatriques : troubles mentaux, état dépressifs quelle qu'en soit l'origine
- Dues aux opérations et de traitements esthétiques et/ou d'interventions chirurgicales esthétiques, autant que la chirurgie réparatrice consécutive à une maladie, à une maternité ou à un accident garanti
- Dues à l'usage de stupéfiants ou drogues ou d'hallucinogènes ou produits toxiques, de médicaments non prescrits ou consommés au-delà des doses prescrites.
- Dues à un état alcoolique caractérisé par la présence dans le sang d'un taux d'alcool supérieur ou égal par la législation en vigueur au jour du sinistre.
- Dues aux cures de désintoxication, de sommeil et d'amaigrissement
- De la perte partielle ou totale des capacités cognitives du bénéficiaire
- D'une perte autonomie du bénéficiaire cotée au moins GIR 4
- De la participation à une course amateur nécessitant l'utilisation d'un engin à moteur qu'il soit terrestre, aérien ou aquatique
- A la pratique d'activités aériennes dangereuses : compétitions, démonstrations, raids, vols sur prototype, courses, acrobaties, tentative de records, vols d'essais, vol sur engins ou matériel non munis d'un certificat valable de navigabilité
- Des effets directs ou indirects d'explosions, dégagement de chaleur ou de radiations ionisantes émises par des combustibles nucléaires ou par des produits ou déchets radioactifs ou causés par des armes ou engins destinés à exploser par modification de structure du noyau d'atome
- En outre, les séjours en maison de convalescence, de repos, d'hébergement, de plein air, d'enfant à caractère sanitaire, de retraite, de gérontologie, en établissement thermal, climatique, de cure, en hospice, en clinique ou hôpital psychiatrique, institut médico-pédagogique sont exclus.

4.5 Cessation de la garantie

Les cas de cessation de la garantie sont ceux prévus à l'article 2.3.3 (Date d'effet et durée des garanties).

4.6 Délai de déclaration

Sous réserve des dispositions relatives à la prescription mentionnées à l'article 1.3 (Références légales), toute hospitalisation doit être déclarée à l'assureur dès que l'assuré en a connaissance et de préférence au plus tard dans les TRENTE (30) jours calendaires qui suivent, accompagné des pièces énumérées à l'article 4.7 (Pièces à fournir).

4.7 Pièces à fournir

Sauf cas fortuit ou de force majeure, les hospitalisations doivent être déclarées par l'adhérent, ses ayants droit, ou toutes personnes agissant au titre de ce contrat dans un délai de trente (30) jours ouvrés après qu'ils en ont eu connaissance.

En cas de non-respect de ce délai, l'Assureur n'opposera pas la déchéance pourvu qu'il lui soit prouvé que la déclaration a été adressée aussi vite qu'il était raisonnablement possible de le faire et dans tous les cas dans un délai maximum de 60 jours après la date de l'accident ou de l'hospitalisation.

Pour déclarer le sinistre, il suffit d'écrire à l'adresse suivante :

ActuData Gestion
TSA 86933
95144 Groslay Cedex

En joignant les documents suivants :

- La copie du bulletin d'adhésion
- Le compte-rendu d'hospitalisation
- Le bulletin d'hospitalisation

Toute production intentionnelle par l'adhérent ou par les bénéficiaires de documents falsifiés ou de déclarations fausses entraîne la déchéance de tout droit à prestations.

L'Assureur se réserve le droit de demander tous renseignements ou pièces complémentaires qui lui seraient nécessaires afin de se prononcer sur la garantie et le cas échéant de procéder à son règlement. Dès la sortie de l'établissement hospitalier, la facture ou tous les justificatifs seront adressés dans les meilleurs délais à CPMS : ils devront obligatoirement indiquer le service et le nombre de journées d'hospitalisation. Ces formalités et obligations ont pour but de hâter le règlement du dossier.

4.8 Contrôle médical

Sous peine de déchéance de garantie, l'assureur se réserve le droit d'apprécier et de contrôler l'état de santé de l'assuré en lui demandant à tout moment :

- Tout justificatif qui lui paraîtrait nécessaire afin de contrôler les déclarations qui lui sont faites,
- De se soumettre à un examen médical ayant pour objet de contrôler son état de santé ainsi que les avis et pièces justificatives qu'il aura transmis.
- Il s'engage à autoriser l'accès à son domicile ou lieu de traitement préalablement signalé, sauf opposition justifiée.

Lors de l'examen médical, l'assuré a la faculté de se faire assister par le médecin de son choix.

En cas de contestation, l'assuré peut, le cas échéant, mettre en œuvre une procédure d'arbitrage dans le cadre d'un protocole signé par l'assureur et l'assuré.

Faute d'entente, la désignation d'un tiers expert sera faite à la demande de la partie la plus diligente par le Président du Tribunal de Grande Instance du domicile de l'assuré. Les frais et honoraires du tiers expert seront dans tous les cas supportés par moitié par les deux parties.