

NOTICE D'INFORMATION VALANT CONDITIONS GÉNÉRALES D'ASSURANCE Garantie « Santé Économique »

Contrat d'assurance de groupe à adhésion facultative individuelle n°AQ002288 (ci-après désigné le Contrat groupe) souscrit par l'ASSOCIATION APST auprès de L'EQUITE, ci-après désignée l'« Assureur ». Le Contrat groupe est régi par les articles L.141-1 et suivants du Code des assurances et la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989.

Assuré par L'EQUITÉ - SA au capital de 26 469 320 €, Entreprise régie par le Code des assurances - RCS Paris B 572 084 697 - 2 rue Pillet-Will - 75009 Paris - Société appartenant au Groupe Generali, immatriculée sur le registre italien des groupes d'assurances sous le numéro 026.

Distribué par ACTUDATA - SAS au capital de 20 000 € - RCS Pontoise sous le numéro 812893295- Dont le siège est 205 Avenue Georges Clémenceau 92000 Nanterre, Intermédiaire en assurances - Immatriculée à l'Orias sous le N° 16006094 (www.orias.fr) et soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) - 4 Place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09.

ACTUDATA intervient également pour gérer votre adhésion, vos garanties et vos remboursements en qualité de « Délégataire »,

La présente notice d'information, ci-après désignée la « Notice », vaut conditions générales du contrat d'assurance frais de santé SANTE ECONOMIQUE.

Le Contrat groupe liant l'Adhérent, l'Assureur et ASPT se compose des documents suivants :

- La présente Notice, valant conditions générales, qui définit notamment les garanties et leurs modalités d'entrée en vigueur ainsi que les formalités à accomplir en cas de sinistre ;
- Le certificat d'adhésion, qui retrace les éléments personnels de l'Adhérent provenant de sa demande d'adhésion, ses déclarations et les garanties qu'il a souscrites ;
- Le tableau des garanties, qui détaille l'ensemble des postes de remboursement et leurs montants.

L'ensemble de ces documents constitue de façon indissociable le Contrat groupe. Il n'est pas possible de se prévaloir de l'un d'entre eux séparément de tous les autres.

Le Contrat groupe est soumis à la loi française et toute action judiciaire afférente sera du ressort exclusif des tribunaux français.

ARTICLE 1 : Définitions

Ce contrat est un contrat d'assurance de groupe à adhésion individuelle et facultative, souscrit par l'Association Copernic pour l'Assurance au profit de ses membres remplissant les conditions d'adhésion définies à l'article

Adhérent : Les Adhérents sont des personnes physiques, à partir de 18 ans et qu'à 90 ans inclus, qui bénéficient des prestations de l'Assureur et en ouvrent le droit à leurs Ayants droit.

Adhésion : Lien contractuel entre l'Adhérent et l'Assureur au titre du Contrat groupe auquel il a adhéré.

Association APST : association régie par la loi du 1er juillet 1901, domiciliée au 61 rue de Lyon Paris 75012, souscriptrice du Contrat groupe.

Assurés : Personnes physiques majeurs, habilitées à percevoir les prestations garanties, à savoir l'Adhérent lui-même et le ou les Ayants droit désigné(s) par celui-ci le cas échéant.

Ayants droit : Sont considérés comme Ayants droit :

- le conjoint de l'Adhérent exerçant ou non une activité professionnelle, non séparé de corps ;
- le concubin vivant maritalement avec l'Adhérent, exerçant ou non une activité professionnelle, dans la mesure où l'Adhérent et le concubin sont libres de tout autre lien extérieur (célibataires, veufs ou divorcés). Une déclaration sur l'honneur signée par chacun des intéressés certifiant que le concubinage est notoire, indiquant le numéro de Sécurité sociale de l'Adhérent et de son concubin, devra être adressée au Gestionnaire sur demande ;
- le cocontractant d'un Pacte Civil de Solidarité (PACS) avec l'Adhérent ;

Forfait : Montant en euros représentant des plafonds annuels, versés en sus du remboursement éventuel du Régime Obligatoire, dans la limite des frais réels.

France : France métropolitaine (y compris Corse) ;

Hospitalisation : Au sens du présent Contrat groupe, est considéré comme Hospitalisation tout séjour d'au moins une nuit dans un établissement hospitalier public ou privé en France ou à l'étranger suite à une Maladie, un Accident ou une maternité et ayant fait l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie. Il est précisé que ne sont garanties par le Contrat groupe que les Hospitalisations effectuées dans un établissement hospitalier prévu à l'article L. 174-4 du Code de la Sécurité sociale, à savoir les établissements hospitaliers ou médico-sociaux.

Maladie : Toute altération de la santé constatée par une autorité médicale compétente et n'ayant pour origine ni un Accident ni le fait volontaire de l'Assuré ou d'un tiers.

Régime Obligatoire (RO) : Régime légal de protection sociale français auquel sont obligatoirement affiliés l'Adhérent et ses Ayants droit.

Synonymes : Assurance Maladie Obligatoire, Sécurité sociale

Télétransmission : Le système de Télétransmission Noémie est un échange d'information automatisé entre les caisses d'assurance maladie et l'Assureur. Il permet d'assurer des remboursements de frais médicaux dans un délai très rapide puisque les décomptes de l'assurance maladie sont transmis à l'Assureur sans que l'Assuré n'ait besoin de lui adresser.

Ticket Modérateur (TM) : Différence entre la base de remboursement et le montant remboursé par l'Assurance Maladie Obligatoire (avant application sur celui-ci de la participation forfaitaire d'un euro ou d'une franchise) et qui reste à charge de l'Assuré ;

Tiers Payant (TP) : Système dont bénéficient les personnes affiliées à un régime de Sécurité sociale français obligatoire et qui leur permet, sous certaines conditions, d'être dispensées d'avancer totalement ou partiellement les frais médicaux. Il est matérialisé par une carte Vitale qui atteste des droits de l'Assuré à l'assurance maladie. L'Assureur délivre à l'Adhérent une carte de Tiers Payant santé qui lui permet, à lui ou ses Ayants droit, en la présentant aux professionnels de santé, de bénéficier d'une dispense de paiement du Ticket Modérateur.

ARTICLE 2 : Objet de l'adhésion

Le présent Contrat groupe a pour objet le remboursement de frais médicaux, chirurgicaux ou d'Hospitalisation engagés par les Assurés à l'occasion d'un Accident, d'une Maladie ou d'une maternité, en complément des prestations versées par un Régime obligatoire d'assurance maladie français.

L'Adhésion peut porter, selon le choix du niveau de prestation souhaité par l'Adhérent et formulé sur sa demande d'adhésion, sur cinq formules.

Chaque formule correspond à un niveau de remboursement de frais, détaillé dans le tableau des garanties joint.

Les garanties proposées par le Contrat répondent au dispositif du contrat responsable prévu par les articles L.871-1, R.871-1 et R.871-2 du Code de la Sécurité sociale, afin que votre Adhésion puisse bénéficier des avantages fiscaux et sociaux prévus par la réglementation en vigueur.

ARTICLE 3 : Conditions d'adhésion

L'admission au Contrat groupe en qualité d'Adhérent est réservée aux personnes physiques respectant les conditions cumulatives suivantes :

- être adhérentes à l'Association APST,
- être résidentes en France
- relever du Régime Obligatoire français,
- être âgées à la date de signature de la demande d'adhésion de 18 ans à 90 ans maximum, l'âge étant calculé par la différence entre le millésime de l'année et le millésime de l'année de naissance.

ARTICLE 4 : Modalités d'adhésion

Le demandeur à l'assurance, après avoir reçu et pris connaissance du devis, de la présente Notice, le document d'information normalisé sur le produit et du tableau de garantie, remplira avec soin une demande d'adhésion.

Il devra désigner ses éventuels Ayants droit, parmi :

- Son conjoint, âgé de 18 ans minimum, et rentrant dans l'une des catégories suivantes :
 - ◊ personne avec laquelle il est marié, non divorcé et non séparé de corps judiciairement,

- ◊ son concubin,
- ◊ son partenaire avec lequel il est lié par un Pacte Civil de Solidarité (PACS).
- Les enfants, sans limite d'âge, reconnus à sa charge ou à celle de son conjoint au sens du Régime Obligatoire auquel relève l'Adhérent ou son conjoint.

Le demandeur devra également indiquer le niveau de garanties qu'il a choisi. Les garanties choisies seront identiques pour les Ayants droit. Ces garanties seront reprises dans la demande d'adhésion signée par le demandeur à l'assurance.

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

Toute Adhésion au Contrat groupe nécessite au préalable d'adhérer à l'Association APST dont la cotisation éventuellement en vigueur sera prélevée mensuellement et dont le montant est prévu sur la demande d'adhésion. À ce titre, l'Adhérent reçoit une copie des statuts de l'association.

La signature de la demande d'adhésion par l'Adhérent manifeste son accord sur les conditions de son Adhésion dont il aura préalablement pris connaissance.

ARTICLE 5 : Prise d'effet et durée de l'adhésion

L'Adhésion est soumise à l'accord préalable de l'Assureur ou du Délégué. L'acceptation de l'Assureur se matérialise par l'émission d'un certificat d'adhésion qui indique la date d'effet de l'Adhésion, la nature, l'étendue, le montant des garanties ainsi que le détail de la cotisation.

La date de conclusion de l'Adhésion est celle de l'acceptation par l'Assureur qui est indiquée sur le certificat d'adhésion.

La date d'effet de l'Adhésion ne peut être antérieure à la date de réception de la demande d'adhésion par le Délégué.

L'Adhésion est conclue pour une période de douze (12) mois à compter de sa date d'effet.

À l'issue de la période initiale de douze (12) mois, l'Adhésion se renouvelle successivement pour la même durée par tacite reconduction au terme de chaque période, sauf en cas de résiliation de l'Adhésion telle que prévue au point 5 « Résiliation de l'Adhésion ».

Les droits et obligations de l'Adhérent peuvent être modifiés par des avenants au Contrat groupe, conclus entre l'Assureur et l'Association APST. Conformément à l'article L.141-4 du Code des assurances, l'Adhérent est préalablement informé de ces modifications.

ARTICLE 6 : Résiliation de l'adhésion

L'Adhésion peut être résiliée dans les conditions et les délais précisés ci-dessous.

art.6.1 Formes de la résiliation

Lorsque la résiliation vient de l'Adhérent, selon les conditions prévues à l'article L113-14 du Code des Assurances, elle doit se faire :

Par lettre ou tout autre support durable, par acte extrajudiciaire ou par déclaration faite au Délégué à l'adresse suivante : TSA 86933 95144 Groslay Cedex.

- Par envoi recommandé électronique adressé à : production@actudata.fr.

Précisions sur l'envoi recommandé électronique:

Art. R. 53-2 du code des postes et des communications électroniques : « Le prestataire de lettre recommandée électronique délivre à l'expéditeur une preuve du dépôt électronique de l'envoi. Le prestataire doit conserver cette preuve de dépôt pour une durée qui ne peut être inférieure à un an.

Cette preuve de dépôt comporte les informations suivantes :

1° Le nom et le prénom ou la raison sociale de l'expéditeur, ainsi que son adresse électronique ;

2° Le nom et le prénom ou la raison sociale du destinataire ainsi que son adresse électronique ;

3° Un numéro d'identification unique de l'envoi attribué par le prestataire ;

4° La date et l'heure du dépôt électronique de l'envoi indiquées par un horodatage électronique qualifié tel que défini par l'article 3 du règlement (UE) n° 910/2014 mentionné ci-dessus ;

5° La signature électronique avancée ou le cachet électronique avancé tels que définis par l'article 3 du règlement (UE) n° 910/2014 mentionné ci-dessus, utilisé par le prestataire de services qualifié lors de l'envoi.

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

art.6.2 Conséquences de la résiliation

Les garanties issues de l'Adhésion restent acquises aux Assurés pour tous les soins et traitements jusqu'à la date de prise d'effet de la résiliation, la date de facturation faisant foi.

art.6.3 Résiliation par l'Adhérent

L'Adhérent peut résilier son Adhésion :

- A chaque échéance (soit le jour précédant la date d'effet de l'Adhésion) par notification adressée au plus tard deux (2) mois avant la date d'échéance. Le délai de préavis est décompté à partir de la date de notification. La résiliation prendra effet le jour suivant (article L113-12 du Code des assurances).
- À tout moment, après au moins douze (12) mois d'Adhésion. La résiliation prendra alors effet un mois à compter de la date de réception de la notification. L'Adhérent recevra un avis de réception précisant la date de prise d'effet de la résiliation (L113-15-2 du Code des Assurances).
- En cas de modification des conditions du Contrat groupe à l'initiative de l'Assureur, l'Adhérent dispose d'un délai de trente (30) jours à compter de la notification pour résilier son Adhésion en raison de ces modifications (L113-3 du Code des assurances).
- En cas de refus de l'augmentation de cotisations selon les modalités prévues à l'article 18 ci-dessous.

art.6.4 Résiliation par l'Assureur

L'Assureur peut résilier l'Adhésion :

- En cas de non-paiement des cotisations (article L141-3 du Code des assurances). L'Assureur envoie alors à l'Adhérent, au plus tôt 10 jours après l'échéance impayée, une mise en demeure de payer. La résiliation prend effet 40 jours après l'envoi de ladite lettre de mise en demeure, si la cotisation n'est pas intégralement régularisée.
- En cas d'omission ou d'inexactitude dans la déclaration de l'Adhérent sans que la mauvaise foi de ce dernier soit établie (article L113-9 du Code des assurances). La résiliation prend effet 10 jours après envoi de la lettre de résiliation.

art.6.5 Résiliation par l'Adhérent ou par l'Assureur

L'Adhérent ou l'Assureur peut résilier l'Adhésion en cas de changement de domicile en France métropolitaine, de situation matrimoniale, de profession, de départ à la retraite ou de cessation d'activité professionnelle lorsque l'Adhésion a pour objet la garantie de risques en relation directe avec la situation antérieure et qui ne se retrouvent pas dans la situation nouvelle (article L 113-16 du Code des assurances). Si elle émane de l'Adhérent, la demande de résiliation doit être effectuée dans les 3 mois qui suivent le changement sus-évoqué. Si elle émane de l'Assureur, la demande de résiliation doit être effectuée dans les 3 mois qui suivent la notification du changement par l'Adhérent à l'Assureur.

Dans tous les cas, la résiliation prend effet 1 mois après la notification de la lettre recommandée.

art.6.6 Résiliation de plein droit

L'Adhésion est résiliée de plein droit :

- En cas de décès de l'Adhérent. En présence d'Ayants droit, les garanties sont maintenues jusqu'à la prochaine échéance de cotisation. S'ils le souhaitent, un nouveau contrat leur sera proposé, qui tiendra compte des garanties et conditions antérieures à la résiliation.
- En cas de départ de France métropolitaine. La résiliation prend effet le 1er jour qui suit la cessation d'affiliation au Régime Obligatoire d'assurance maladie.
- En cas de retrait de l'agrément de l'Assureur (article L326-12 du Code des assurances)

ARTICLE 7 : Déclarations

Les déclarations tant dans la demande d'adhésion qu'en cours de vie de l'Adhésion, sont faites par l'Adhérent pour son compte et celui de ses Ayants droit auxquels elles sont opposables.

Ces déclarations sont importantes pour l'élaboration et l'évolution de

L'Adhésion et l'Adhérent doit fournir des réponses exactes.

art.71 Dans la demande d'adhésion

L'Adhérent doit répondre avec précision aux questions et demandes de renseignements figurant sur la demande d'adhésion.

art.72 En cours de vie de l'Adhésion

L'Adhérent doit déclarer, pour tout Assuré, tout évènement modifiant les déclarations faites lors de l'Adhésion et qui aurait pour effet de les rendre inexactes ou caduques et notamment :

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

Les déclarations en cours d'Adhésion doivent être faites, par ordre de préférence :

- en ligne, sur : **01 85 11 05 81**
- par mail à : **production@actudata.fr**
- par courrier à l'adresse suivante :

**ActuData TSA 86933
95144 Groslay Cedex**

Ces évènements doivent être signalés dans un délai de 15 jours calendaires suivant leur survenance. L'inobservation de ce délai, si elle cause un préjudice à l'Assureur, entraîne la perte de tout droit aux garanties liées à la modification.

Conformément à l'article L113-8 du Code des assurances, en cas de réticence ou fausse déclaration intentionnelle modifiant l'appréciation du risque assuré, l'Adhésion est nulle et la prime payée demeure acquise à titre de pénalité.

Conformément à l'article L113-9 du Code des assurances, en cas d'omission ou déclaration inexacte non intentionnelle, constatée avant sinistre, l'Assureur pourra résilier l'Adhésion avec un préavis de 10 jours en restituant à l'Adhérent le prorata de prime ou en augmentant la prime à due proportion.

Si cette omission ou fausse déclaration non intentionnelle est constatée après un sinistre, l'indemnité sera réduite à proportion de la part de prime payée rapportée à ce qu'elle aurait dû être si l'Assureur avait eu connaissance exacte de la situation de l'Assuré.

ARTICLE 8 : Conditions des garanties

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

Les frais refusés par l'Assurance Maladie Obligatoire au motif que l'Assuré n'aurait pas satisfait en temps utile à toutes les formalités nécessaires pour obtenir le remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire, ne sont pas pris en charge par l'Assureur.

ARTICLE 9 : Prise d'effet et durée des garanties

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

Seuls les frais engagés après l'admission d'un Assuré dans l'assurance - sous réserve que cet engagement ne soit pas consécutif à un examen ou une prescription antérieure à son admission - et avant sa radiation peuvent faire l'objet d'un remboursement. Les frais engagés après la radiation d'un Assuré ne sont jamais remboursés, même s'ils résultent d'un évènement antérieur à la radiation.

La garantie est viagère c'est-à-dire que l'Assureur ne pourra mettre fin aux garanties sauf dans les cas suivants :

- Dès que l'Assuré en répond plus à la définition d'Assuré prévue ci-dessus ;
- A la date d'effet de la résiliation de l'Adhésion

ARTICLE 10 : Étendue territoriale de la garantie

Les garanties du Contrat groupe ne bénéficient qu'aux seuls Assurés résidant à titre principal en France pour des frais engagés en France métropolitaine.

Elles s'étendent aux Accidents survenus et Maladies contractées à l'étranger lors de voyages ou de séjours de moins de 3 mois, si le Régime Obligatoire français d'assurance maladie de l'Assuré s'applique.

Le règlement des prestations est effectué dans tous les cas en France et en euros, la conversion avec la monnaie étrangère étant calculée par l'Assureur au jour des dépenses par l'Assuré.

ARTICLE 11 : Garanties et montant des remboursements

Les garanties sont accordées dans les conditions et limites du niveau de garantie choisies par l'Adhérent dans sa demande d'adhésion.

Pour chaque garantie, les modalités des remboursements (montant, durée, limitation ou plafond de remboursements) sont précisées au sein du tableau des garanties en fonction de la nature de vos dépenses médicales et du niveau souscrit.

Il convient donc pour chaque garantie de se reporter à l'article concerné ainsi qu'au tableau figurant en annexe.

Le remboursement des dépassements d'honoraires varie selon que le médecin est adhérent ou non adhérent aux Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée (DPTAM).

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 de l'Assuré ou de l'Adhérent 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.

Sauf justification du coût réel des frais engagés et du montant pris en charge par la Sécurité sociale, ceux-ci sont réputés conformes au Tarif de Responsabilité de la Sécurité sociale,

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. Dans tous les cas, les remboursements sont limités au montant des frais réellement engagés.

Le Contrat groupe comporte plusieurs niveaux de garanties dont les remboursements par poste sont détaillés dans le tableau de garanties. Le niveau de garanties retenu pour les Assurés est indiqué sur le Certificat d'adhésion.

Les montants de remboursements s'entendent :

- après déduction du remboursement du Régime Obligatoire lorsqu'il intervient,
- dans la limite du niveau de remboursement applicable à l'Adhésion et indiqué dans le tableau de garantie.

Les montants de remboursements, figurant dans le tableau des garanties annexé à la présente Notice d'information, sont exprimés, suivant le cas :

- en pourcentage du tarif de responsabilité en vigueur fixe par le Régime Obligatoire : Tarif de Convention (TC) en secteur conventionné ou Tarif d'Autorité (TA) en secteur non conventionnel,
- en Frais réels (FR),
- en montant annuel exprimé en euros.

Ces montants représentent des plafonds de garanties qui incluent la prise en charge du Ticket Modérateur. Si ce plafond est atteint, seuls les actes remboursés par le Régime Obligatoire seront pris en charge à 100 % de la Base de remboursement de la sécurité sociale du tarif de responsabilité.

À l'exclusion du forfait optique (montures + verres), les forfaits sont valables par année d'Adhésion et par Assuré, ils ne sont pas cumulables d'une année sur l'autre. Les remboursements sont toujours effectués déduction faite du remboursement de la Sécurité sociale et dans la limite de l'option choisie. Dans tous les cas, les remboursements sont limités au montant de la dépense réelle en Euro.

La garantie « frais de transport » prend en charge les frais de transport du malade ou de l'accidenté qui sont remboursés par l'Assurance Maladie.

- Pour le poste « optique », la prise en charge est limitée à un équipement complet tous les deux ans, délai décompté à partir de la date du dernier renouvellement. Par dérogation, le délai est ramené à un an pour les assurés de moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue. Depuis le 1er janvier 2020 et conformément à la réforme 100% Santé, le forfait attribué pour les montures sera plafonné à 100€ dans le cadre d'un équipement de classe B et ne pourra pas excéder 30€ pour un équipement de classe A.
- Pour le poste « dentaire », Les remboursements dentaires hors « 100% Santé » sont effectués dans la limite d'un plafond annuel par Assuré pour l'ensemble des actes de prothèses dentaires remboursés ou non par le Régime Obligatoire. Au-delà du plafond, la garantie est limitée à 100% du Tarif de Convention y compris remboursement du Régime Obligatoire. Bonus de fidélité : la garantie « Prothèses dentaires des paniers « maîtrise et libre » est augmentée à l'échéance anniversaire de l'Adhésion, à partir de la 2ème année d'assurance tel qu'indiqué au tableau des garanties.
- Pour le poste « aide auditives », les remboursements seront limités à un équipement par oreille, tous les 4 ans suivant la date d'acquisition de cet équipement. Pour les équipements hors « 100% Santé » le montant du remboursement est plafonné conformément au décret n°2019-21 du 11 janvier 2019 et tel qu'indiqué au tableau de garanties.
- Pour le poste « prévention & bien-être » :
 - ◊ La garantie « Cures thermales » n'est valable que pour les cures thermales dont la prise en charge est acceptée par le Régime Obligatoire.
 - ◊ La garantie « Médicaments prescrits non remboursés par le Régime Obligatoire » se limite au remboursement des médicaments prescrits par le médecin disposant d'une autorisation de mise sur le marché et classifiés en tant que médicament dans le VIDAL.

Le tarif en vigueur auquel se réfère l'Assureur pour le calcul des prestations est celui de la date des soins. Dans tous les cas, les remboursements sont limités au montant des frais réellement engagés.

De convention expresse, l'Assureur est de plein droit habilité à limiter ou contester sa prise en charge en cas de non-respect des règles du Code de déontologie médicale.

ARTICLE 12 : Exclusions

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

Les exclusions ci-dessous s'appliquent à toutes les garanties d'assurance dans le respect des dispositions des contrats solidaires et responsables.

Les garanties ne s'exercent pas en cas :

- de guerre civile ou étrangère, d'émeutes et mouvements populaires,
- de désintégration du noyau atomique ou de radiations ionisantes,
- de traitements ou interventions chirurgicales dans un but de rajeunissement ou esthétique,
- de cures d'amaigrissement, de sommeil, de désintoxication,
- d'une aggravation due à l'inobservation intentionnelle par l'Adhérent des prescriptions du médecin,

Les garanties ne s'exercent pas non plus concernant :

La contribution forfaitaire et la franchise médicale prévues au II et III de l'article L.160-13 du Code de la Sécurité Sociale.

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

- des enfants de moins de 18 ans ;
- des femmes enceintes à partir du 6e mois de grossesse ;

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

La majoration du ticket modérateur et les dépassements d'honoraires si les dépenses de santé sont réalisées en dehors du parcours de soins ;

Les dépassements d'honoraires au-delà de la limite fixée réglementairement pour les médecins n'adhérant pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée.

ARTICLE 13 : Cadre juridique du contrat dit responsable

L'Adhésion s'inscrit dans le cadre du dispositif législatif relatif aux contrats d'assurance complémentaire santé dits « contrats responsables » (articles L871-1, R871-1 et R871-2 du Code de la Sécurité sociale).

En cas d'évolution de la réglementation régissant les « contrats responsables », les garanties du Contrat groupe feront l'objet de modifications pour rester en conformité avec ce cadre juridique, après information préalable de l'Adhérent. Le montant de cotisation pourra également être revu, à la hausse comme à la baisse, en fonction des modifications apportées sur les garanties.

Elles pourront également être modifiées dans le cas où une nouvelle réglementation aurait pour conséquence une modification substantielle des engagements de l'Assureur, de l'Association APST, ou de l'Adhérent et notamment toute modification des prestations du Régime d'Assurance Maladie dont elles assurent le complément.

ARTICLE 14 : Modifications des garanties

En cours de vie de l'Adhésion, l'Adhérent peut demander la modification de son niveau de garantie, à la hausse ou à la baisse, en adressant sa demande, par ordre de préférence :

- en ligne, sur : **01 85 11 05 81**
- par mail à : **production@actudata.fr**
- par courrier à l'adresse suivante :

ActuData TSA 86933 95144 Groslay Cedex

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

Cette modification ne pourra être effectuée qu'à l'issue de la première échéance de l'Adhésion dans la limite d'une modification tous les douze (12) mois d'adhésion.

Le Gestionnaire transmet, par mail ou courrier simple à l'adresse indiquée, à l'Adhérent une proposition d'avenant matérialisant son nouveau niveau de garantie, le montant de sa nouvelle cotisation ainsi que la date d'effet de cette modification. L'Adhérent disposera d'un délai de trente (30) jours pour renvoyer la lettre ayant valeur d'avenant.

Sous réserve, le cas échéant, du paiement effectif des cotisations correspondantes, la demande de modification prendra effet à la date indiquée sur la lettre ayant valeur d'avenant.

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

ARTICLE 15 : Ajout ou sortie des ayants droit

En cours de vie de l'Adhésion, l'Adhérent peut demander l'ajout ou la sortie des Ayants droit, en adressant sa demande, par ordre de préférence à :

- en ligne, sur : **01 85 11 05 81**
- par mail à : **production@actudata.fr**
- par courrier à l'adresse suivante :

ActuData TSA 86933 95144 Groslay Cedex

À l'échéance : L'Adhérent a la possibilité de demander l'ajout ou la sortie d'un Ayant droit par écrit et au plus tard (2) deux mois avant la date d'échéance de l'Adhésion. La modification de l'Adhésion prendra effet à la date de renouvellement de l'Adhésion, sous réserve de la production des pièces justificatives.

Hors échéance : Si un événement survient en cours d'année entraînant l'acquisition de la qualité d'Ayant droit d'une personne que l'Adhérent souhaite assurer, ce dernier doit adresser une demande écrite au Gestionnaire.

Le Gestionnaire transmet à l'Adhérent une proposition d'avenant matérialisant le nouveau montant de sa cotisation. L'Adhérent disposera d'un délai de trente (30) jours pour renvoyer la lettre ayant valeur d'avenant.

Sous réserve de l'acceptation par l'Adhérent, formalisée par la signature de l'avenant transmis par le Délégué, la modification de l'Adhésion prendra effet au 1er du mois suivant la date de réception de

la demande, sous réserve de la production des pièces justificatives.

Si un événement survient en cours d'année entraînant la perte de la qualité d'Ayant droit, l'Adhérent doit le déclarer par écrit dans les quinze (15) jours suivant cet événement.

La modification de l'Adhésion prendra effet, sous réserve de la production des pièces justificatives de la date de l'évènement et de la fin des conditions permettant d'être désigné comme Ayant droit. Si des prestations ont été versées au-delà de ce délai, l'Assureur pourra demander à l'Adhérent le remboursement des prestations indûment réglées pour cet Ayant droit.

Si un des Ayants droit ne remplissait plus les conditions prévues pour être bénéficiaire, et reprise dans la définition d'Ayants droit de la présente Notice, les garanties cesseraient de plein droit et sans formalité pour celui-ci.

La cotisation sera ajustée en conséquence à compter de la date d'effet de la modification.

ARTICLE 16 : Adaptation de l'adhésion par suite de modification du régime de base de la Sécurité Sociale

Les garanties de la présente Adhésion, sa tarification et les modalités de mise en jeu de l'assurance ont été fixées compte tenu des dispositions du régime d'assurance maladie en vigueur lors de la demande d'adhésion.

Si ces dispositions ou les règles d'indemnisation de l'assurance maladie venaient à être modifiées, l'Assureur se réserve la faculté de procéder à une révision de l'Adhésion, à compter du premier jour du mois suivant l'application par cet organisme des dispositions nouvelles.

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

ARTICLE 17 : Prestations

art.171 Remboursement des prestations

Les dépenses de prestations sont remboursées en fonction du niveau de garanties que l'Adhérent a souscrit et qui figure au certificat d'adhésion. Les demandes de remboursement de prestations sont à adresser, par ordre de préférence :

**ACTUDATA
TSA 86933
95144 Groslay Cedex**

Le remboursement est appliqué séparément pour chaque poste de frais pris en charge par le Régime Obligatoire d'assurance maladie. Il est toujours subordonné au remboursement préalable du Régime Obligatoire d'assurance maladie, sauf dispositions contraires figurant au tableau des garanties. Les prestations sont réglées dans les meilleurs délais une fois que l'Adhérent a transmis les justificatifs nécessaires tels que détaillés ci-dessous. Les prestations sont réglées en euros sur un compte ouvert auprès d'un établissement bancaire français ou d'un établissement composant l'Espace Economique Européen. Les décomptes seront disponibles en ligne dans l'espace personnel des Assurés mis à leur disposition.

art.172 Télétransmission

La transmission des décomptes de remboursements des Assurés bénéficiaires peut être effectuée directement par les caisses d'assurance maladie, sous forme d'échange de données informatiques. Si l'Adhérent ne souhaite pas bénéficier du service de la Télétransmission automatique, il peut faire connaître son refus à tout moment en écrivant à :

**ACTUDATA
TSA 86933
95144 Groslay Cedex**

En cas de rejet de la Télétransmission, l'Adhérent sera amené à transmettre son décompte.

Seuls les décomptes pour lesquels un remboursement n'a pas été traité automatiquement devront être envoyés.

art.173 Tiers Payant

L'adhésion à cette offre permet de bénéficier des avantages d'une carte de Tiers Payant.

Pour les dépenses de pharmacie remboursables par la Sécurité so-

ciale, l'Adhérent est dispensé du paiement du Ticket Modérateur.

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

A compter du 1er janvier 2022, le bénéfice du mécanisme de tiers payant sera étendu sur les prestations faisant l'objet de ces garanties, au moins à hauteur des tarifs de responsabilité et à hauteur des frais exposés par l'Assuré en sus des tarifs de responsabilité dans la limite des prix fixés en application de l'article L. 165-3 pour les produits et prestations relevant des classes à prise en charge renforcée définies en application du deuxième alinéa de l'article L. 165-1 ainsi qu'à hauteur des frais de soins dentaires prothétiques exposés par l'assuré en sus des tarifs de responsabilité et dans la limite des honoraires de facturation fixés par la convention prévue à l'article L. 162-9, pour les actes définis par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

La carte de Tiers Payant permet également de bénéficier d'une prise en charge dans la limite de la garantie souscrite, en cas d'Hospitalisation en France par l'intermédiaire de l'établissement hospitalier auprès de l'organisme de Tiers Payant ou sur simple demande à :

- en ligne, sur : **01 85 11 05 81**
- par mail à : **production@actudata.fr**

En cas de suspension ou de résiliation de l'Adhésion, l'Adhérent s'engage à restituer immédiatement sa carte de Tiers Payant. Il s'engage également à rembourser à l'Assureur les prestations indûment réglées aux praticiens postérieurement à cette suspension ou cette résiliation.

art.17 4 Justificatifs à produire

Pour obtenir le règlement de ses prestations, l'Adhérent doit envoyer, dans les 3 mois qui suivent la fin du traitement, les pièces justificatives accompagnées d'une demande datée et signée comportant le numéro d'adhésion :

**ACTUDATA
TSA 86933
95144 Groslay Cedex**

La liste des pièces justificatives à fournir est la suivante :

- Les décomptes de remboursement du régime Obligatoire justifiant les prestations versées s'ils n'ont pas été télétransmis par les organismes de Régimes Obligatoires ;
- Les notes d'honoraires et factures détaillées justifiant des frais réellement engagés, notamment pour le transport hospitalier ;
- Les factures d'Hospitalisation si celles-ci n'ont pas donné lieu à une prise en charge préalable, notamment pour la chambre particulière, le forfait journalier hospitalier et le lit accompagnant ;
- Les factures des pharmaciens lorsque la garantie Tiers Payant n'a pu être mise en jeu ou en cas de dépassement du tarif de responsabilité ;
- Pour les prothèses dentaires acceptées par le Régime Obligatoire, le décompte du remboursement du Régime Obligatoire et la facture détaillée des frais engagés ;
- Pour les prothèses dentaires refusées par le Régime Obligatoire, la facture détaillée des frais engagés ;
- Pour les frais d'optique, la demande de prise en charge et la facture de l'opticien distinguant le prix de la monture de celui, des verres et indiquant le type de verres ou indiquant les frais de lentilles.
- Pour les lentilles non remboursées par le Régime Obligatoire, joindre également une ordonnance de moins de deux ans.

L'évolution de la vue doit être justifiée :

- soit par la présentation d'une nouvelle prescription médicale portant une correction différente de la précédente ;
- soit sur la présentation de la prescription initiale comportant des mentions de l'opticien en application de l'article R165-1 du Code de la Sécurité sociale.
- Pour l'examen de densitométrie osseuse et pour la pharmacie prescrite non prise en charge par le Régime Obligatoire, la prescription et la facture ou la note d'honoraire,
- Pour les médecines douces, la facture détaillée du praticien diplômé d'État.
- Pour l'abonnement de sport ou le programme d'aminicissement, les factures de l'abonnement de sport ou de l'attestant de prise en charge du patient ;
- Pour le forfait réparation des lunettes ou des audioprothèses, la déclaration de bris remplie par un opticien ou praticien diplômé d'État ;
- Lorsque l'Adhérent ou ses Ayants droit bénéficient d'une autre couverture complémentaire, les décomptes établis par l'orga-

nisme en cause.

- En cas de naissance, un certificat de naissance ou une copie certifiée conforme du livret de famille établissant l'affiliation avec l'Adhérent.
- En cas d'adoption, une copie du jugement d'adoption, établissant l'affiliation avec l'Adhérent ;
- En cas d'Accident mettant en cause un tiers responsable identifié, les coordonnées du tiers responsable ou de son Assureur, afin de pouvoir engager les recours.
- Si les renseignements fournis sont insuffisants pour le règlement des prestations, l'Assureur pourra demander de fournir des justificatifs complémentaires et notamment des originaux.

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

ARTICLE 18 : Contrôle, procédure d'expertise et litiges

art.181 Contrôle des dépenses

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

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

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

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

art.18 2 Procédure d'expertise

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

art.18 3 Litiges

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

Chacune des parties choisit un médecin expert devant régler le différend. À défaut d'accord entre eux, ceux-ci s'adjoignent un troisième expert et tous trois opèrent en commun et à la majorité des voix.

À défaut d'accord entre les médecins sur le nom du tiers expert, la désignation est effectuée par le Président du Tribunal Judiciaire du domicile de l'Assuré. Cette nomination est faite sur simple requête signée des deux parties ou d'une seulement, l'autre partie ayant été convoquée par lettre recommandée. Les trois médecins opèrent en commun et à la majorité des voix. Chaque partie paie les frais et honoraires de son représentant. Les honoraires du tiers médecin sont supportés à charge égale par les deux parties.

ARTICLE 19 : Cotisations

art.191 Montant de la cotisation

La cotisation annuelle est fixée au certificat d'adhésion. Elle est exprimée en euros, tous frais et taxes inclus. Elle tient compte d'un certain nombre de paramètres tels que le Régime Obligatoire de l'Adhérent, les garanties choisies, l'âge des Assurés et la zone géographique. La gratuité est accordée à partir du 4ème enfant. Elle ne dépend pas de l'état de santé des Assurés. La cotisation totale correspond au cumul des cotisations de chaque Assuré. La cotisation totale est due par l'Adhérent.

art.192 Variation de la cotisation

Afin de prendre en compte le changement de génération de chaque Assuré, directement dépendant de l'âge de ceux-ci, votre cotisation évoluera contractuellement à l'échéance annuelle de votre Adhésion.

En cours d'Adhésion, la cotisation peut varier en cas de : modification de la législation sociale et/ou fiscale, changement de garanties, changement ou modification du Régime Obligatoire d'assurance

maladie, ajout ou sortie de bénéficiaire, changement de domicile entraînant un changement de zone tarifaire. En outre, en cas de modification des niveaux de remboursement du Régime Obligatoire, l'Assureur peut être amené, en cours d'année, à procéder à une réactualisation des tarifs.

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

art.19 3 Révision de la cotisation

L'Assureur peut également être amené à réévaluer le montant des cotisations, notamment en fonction des résultats techniques des garanties de même nature et/ou de l'évolution prévisionnelle des dépenses de santé. Les augmentations de cotisations 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 courrier simple, l'Assureur étant expressément dispensé de recourir à un envoi recommandé. L'Adhérent ne pourra exiger comme moyen de preuve de cette information l'envoi d'un courrier recommandé.

Toutefois, l'Adhérent est en droit de résilier le contrat dans les 30 jours suivant la notification de cette révision en cas de désaccord.

De convention expresse, le paiement de la cotisation majorée vaut acceptation irrévocable de la majoration proposée.

La possibilité de résiliation ci-dessus ne s'applique pas à l'augmentation des taxes et charges parafiscales ou tout autre élément de la cotisation qui serait ajouté en application de dispositions légales.

art.19 4 Paiement de la cotisation

La cotisation est payable d'avance annuellement. La fréquence et le mode de paiement peuvent être fractionnés selon les mentions qui figurent dans le certificat d'adhésion.

Le paiement mensuel s'effectue obligatoirement par prélèvement automatique. Le prélèvement s'effectue pour chaque mois de quittance au plus tard le 5 ou 12 du mois précédant la quittance. Le paiement par chèque n'est accepté que pour les règlements annuels.

art.19 5 Défaut de paiement

Si l'Adhérent ne paie pas la cotisation dans les 10 jours de son échéance, le Délégué adresse à l'Adhérent une lettre recommandée valant mise en demeure à son dernier domicile connu.

Faute de règlement, l'Adhésion est alors suspendue 30 jours après cette mise en demeure et résilié 10 jours après l'expiration du délai de 30 jours. La résiliation entraîne, pour chaque Assuré, la perte de tout droit aux garanties prévues par la présente Adhésion pour des événements survenus pendant la période de suspension.

En cas de paiement de l'intégralité de la cotisation, par virement, chèque tiré sur un compte ouvert dans un établissement bancaire situé en France ou en ligne par carte bancaire, moyennant d'éventuels frais de paiement pour ce dernier mode de paiement, durant la période des 40 jours suivant la mise en demeure, les garanties seront remises en vigueur le lendemain midi du jour du paiement.

ARTICLE 20 :Subrogation

En vertu du Code des assurances, l'Assureur est subrogé dans les droits et actions des Assurés envers tout responsable jusqu'à concurrence de l'indemnité qu'il a versée.

ARTICLE 21 : Prescription

Conformément au code des assurances :

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.

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.

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

Article L114-3

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

Conformément au Code civil :

«Section 3 : Des causes d'interruption de la prescription.

Article 2240

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

Article 2241

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

Article 2242

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

Article 2243

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

Article 2244

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

Article 2245

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

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

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

Article 2246

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

ARTICLE 22 :Non-renonciation

Ni l'Assureur, ni l'Adhérent ou tout Assuré ne pourra se prévaloir d'une tolérance ou renonciation à un quelconque droit, pouvoir ou recours que l'autre partie au Contrat groupe n'aurait pas exercé ou tardé à l'exercer et qu'elle tient de celui-ci.

L'absence d'exercice d'un tel droit ou recours ne pourra être interprétée comme une novation du Contrat groupe ou de l'un quelconque de ses éléments.

ARTICLE 23 :Dématérialisation de la relation

L'Adhérent est informé de la poursuite de la relation commerciale et contractuelle sur un support durable autre que le papier, et accepte lors de son Adhésion que l'ensemble des informations, documents et communications destinés à la souscription et à l'exécution de celle-ci lui soient envoyés exclusivement par voie électronique.

L'Adhérent est informé qu'il peut s'opposer à l'utilisation du support électronique et demander qu'un support papier soit utilisé pour la poursuite de la relation commerciale ou contractuelle. Dans ce cas, l'Adhérent peut réaliser les formalités, déclarations, qui lui incombent en lui adressant celles-ci par courrier aux adresses indiquées dans la présente Notice.

ARTICLE 24 :Examen des réclamations et procédure de médiation

art.241 Examen des réclamations

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 :

- par mail à : reclamations@actudata.fr
- par courrier à l'adresse suivante :

ACTUDATA-RECLAMATIONS, 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 :

**L'ÉQUITÉ – Cellule Qualité
2 rue Pillet-Will, 75009 Paris**

Nous accuserons réception de votre demande dans les 10 jours de sa réception et nous vous répondrons dans les meilleurs délais et au maximum dans les 2 mois à compter de votre envoi.

Si la réclamation relève du devoir de conseil et d'information du courtier auprès de l'Adhérent ou concerne les conditions de commercialisation de l'offre d'assurance, la réclamation doit être exclusivement adressée à l'adresse du distributeur dont les coordonnées sont reprises dans la demande d'adhésion ou la fiche d'information et de conseil.

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.

Médiation

En qualité de membre de la France Assureurs (FA), L'ÉQUITÉ applique la Charte de la Médiation mise en place au sein de cette Fédération. Si un litige persiste entre l'Adhérent et l'Assureur après examen de la demande par le Service réclamations de l'Assureur, l'Adhérent peut saisir la Médiation de l'Assurance.

- Par courrier, en écrivant à l'adresse suivante :

**La Médiation de l'Assurance
TSA 50110 – 75441 PARIS Cedex 09.**

- Ou par voie électronique, en complétant un formulaire de saisine sur le site de la Médiation de l'Assurance :

<http://www.mediation-assurance.org/>

Rubrique : je saisis le Médiateur

Cependant, il est précisé que le Médiateur ne peut être saisi qu'après que le Service réclamations de l'Assureur a été saisi de la demande de l'Adhérent et y a apporté une réponse.

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

Les bases juridiques

Finalités de traitement

Exécution du contrat ou de mesures précontractuelles – dont traitement de données de santé.

Consentement pour les données de santé (hors service des prestations de remboursement de frais de soins, de prévoyance complémentaire et de retraite supplémentaire).

- Réalisation de mesures précontractuelles telles que la délivrance de conseil, devis...
- Réalisation d'actes de souscription / d'adhésion, de gestion et d'exécution ultérieure du contrat ;
- Recouvrement ;
- Exercice des recours et application de conventions entre assureurs ;
- Gestion des réclamations et contentieux ;
- Lutte contre la fraude ;
- Prise de décision automatisée y compris le profilage lié à la souscription / l'adhésion ou l'exécution du contrat/de l'adhésion
- Certaines données peuvent entraîner des décisions sur la souscription / l'adhésion et l'exécution du contrat / de l'adhésion notamment la tarification, l'ajustement des garanties ;
- Examen, appréciation, contrôle et surveillance du risque ;
- Etudes statistiques et actuarielles ;
- Amélioration continue des offres et process

Obligations légales

- Lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme
- Respect des obligations légales, réglementaires et administratives

Intérêt légitime

- Lutte contre la fraude, afin de protéger les intérêts de l'ensemble des parties non frauduleuses du contrat / de l'adhésion
- Si votre intermédiaire intervient en qualité d'agent général de Generali, prospection commerciale et profilage lié à la prospection commerciale, afin de vous permettre de bénéficier d'une couverture d'assurance aussi complète que possible et de bénéficier de produits ou services contribuant à vos besoins de protection

ARTICLE 25 : Information sur la protection des données personnelles

art.25 1 Identification du responsable de traitement

Cette clause a pour objet de vous informer de manière plus détaillée des traitements de données à caractère personnel vous concernant mis en œuvre par l'EQUITE en tant que responsable de traitement.

art.25 2 Les finalités du traitement et les bases juridiques du traitement

Les données ont pour finalité de satisfaire à votre demande et de permettre la réalisation de mesures précontractuelles, d'actes de souscription, de gestion et d'exécution ultérieure du contrat y compris de profilage et de mesures de prévention en lien avec ce contrat. A ce titre, elles pourront être utilisées à des fins de recouvrement, d'études statistiques et actuarielles, d'exercice des recours et de gestion des réclamations et contentieux, d'examen, d'appréciation, de contrôle et de surveillance du risque, et de respect des obligations légales, réglementaires et administratives. Ces informations pourront également être utilisées comme explicité ci-dessous pour des besoins de prospection commerciale y compris de profilage sous réserve de votre consentement ou de votre droit d'opposition, ainsi que pour permettre la lutte contre la fraude à l'assurance.

Les traitements sont réalisés selon les bases juridiques et les finalités suivantes :

art.25 3 Informations complémentaires dans le cadre des données personnelles concernant l'Adhérent ou l'Assuré et non collectées auprès de l'Adhérent

Catégorie de données susceptibles d'être transmises au Gestionnaire ou à l'Assureur :

- état civil, identité, données d'identification,
- données biométriques aux fins d'identifier une personne physique de manière unique,
- données de localisation (notamment déplacements, données GPS, GSM),
- informations d'ordre économique et financier (revenus, situation financière, situation fiscale, etc.),
- numéro d'identification national unique,
- données de santé issues du codage CCAM.

La source d'où proviennent les données à caractère personnel :

Ces données peuvent émaner de vos déclarations faites sur la demande d'adhésion, d'organismes sociaux de base ou complémentaire, d'organismes professionnels contribuant à la gestion des contrats d'assurance, de toute autorité administrative habilitée.

art.25 4 Clause spécifique relative à la fraude

Vous êtes également informé que l'EQUITE met en œuvre un dispositif ayant pour finalité la lutte contre la fraude à l'assurance pouvant, notamment, conduire à l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude, inscription pouvant avoir pour effet un allongement de l'étude de votre dossier, voire la réduction ou le refus du bénéfice d'un droit, d'une prestation, d'un contrat ou service proposés par l'EQUITE. Dans ce cadre, des données personnelles vous concernant (ou concernant les personnes parties ou intéressées au

contrat) peuvent être traitées par toutes personnes habilitées intervenant au sein des services de l'EQUITE. Ces données peuvent également être destinées au personnel habilité des organismes directement concernés par une fraude (autres organismes d'assurance ou intermédiaires ; organismes sociaux ou professionnels ; autorités judiciaires, médiateurs, arbitres, auxiliaires de justice, officiers ministériels ; organismes tiers autorisés par une disposition légale et, le cas échéant, les victimes d'actes de fraude ou leurs représentants).

art.25 5 Clause spécifique relative aux obligations réglementaires et à l'intérêt public

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

De plus, l'article 43 de la Directive (UE) 2015/849 du 20 mai 2015 modifiée par la directive (UE) 2018/843 du 30 mai 2018 prévoit que la prévention du blanchiment de capitaux et du financement du terrorisme est également considéré comme une question d'intérêt public au sens du Règlement Européen 2016/679 (RGPD).

Dans ce cadre, vous pouvez exercer votre droit d'accès auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés, 3 place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 Paris Cedex 07.

art.25 6 Les destinataires ou les catégories de destinataires

Les données vous concernant pourront être communiquées en tant que de besoin et au regard des finalités mentionnées ci-dessus, aux entités du groupe Generali, ainsi qu'à des partenaires, intermédiaires, réassureurs et assureurs concernés, organismes professionnels, organismes sociaux des personnes impliquées, sous-traitants et prestataires, dans la limite nécessaire des tâches leur incombant ou qui leur sont confiées. Par ailleurs, en vue de satisfaire aux obligations légales et réglementaires, l'EQUITE pourra communiquer des données à caractère personnel à des autorités administratives et judiciaires légalement habilitées. Au titre de la prévention de la lutte anti-blanchiment et du financement du terrorisme, ces données pourront également être partagées entre les entités juridiques du Groupe pouvant se situer au sein et hors de l'Union Européenne, aux fins d'enrichir leurs processus de filtrage locaux et de mettre en œuvre une approche commune sur la classification des risques clients dans l'ensemble du Groupe.

art.25 7 Localisation des traitements de vos données personnelles

Le groupe Generali France a adopté des normes internes en matière de protection des données et de sécurité informatique afin de garantir la protection et la sécurité de vos données.

Aujourd'hui, les data centers du groupe Generali France sont localisés en France, en Italie et en Allemagne, sur lesquels sont hébergées vos données.

S'agissant des traitements réalisés hors du Groupe Generali France par des partenaires externes, une vigilance toute particulière est apportée quant à la localisation des traitements, leur niveau de sécurité (opérationnel et technique) et le niveau de protection des données personnelles du pays destinataire, afin de garantir un niveau de protection optimal.

Les traitements réalisés aujourd'hui hors de l'Espace Economique Européen concernent des traitements liés à certains types d'actes de gestion, d'envoi ponctuels d'e-mails ou de SMS, la supervision d'infrastructures ou la maintenance de certaines applications. Ces traitements opérés depuis des pays tiers font l'objet d'un encadrement juridique (Clauses Contractuelles Types, Règles d'entreprise contraignantes).

Ces documents sont disponibles sur demande écrite auprès du Délégué à la Protection des Données du Groupe Generali France, à l'adresse suivante : droitdaces@generali.fr

art.25 8 Les durées de conservation

Vos données à caractère personnel sont conservées par L'EQUITE selon les durées fixées par les législations, les réglementations applicables et les autorités administratives ainsi que de ses contraintes opérationnelles, dont notamment la satisfaction de ses obligations comptables, la gestion pertinente de la relation client, l'instruction d'actions en justice ou de demandes émanant d'organismes publics.

art.25 9 L'exercice des droits

Dans le cadre du traitement que nous effectuons l'Adhérent et les Assurés disposent dans les conditions prévues par la réglementation :

- Droit d'accès : droit de prendre connaissance des données personnelles les concernant dont l'Assureur et le Gestionnaire disposent et demander que ces données leurs soient communiquées en intégralité.
- Droit de rectification : possibilité de demander à corriger leurs données personnelles notamment en cas de changement de situation.
- Droit de suppression : possibilité de demander la suppression de leurs données personnelles notamment lorsque ces dernières ne sont plus nécessaires ou lorsqu'ils retirent leur consentement au traitement de certaines données sauf s'il existe un autre fondement juridique à ce traitement.
- Du droit de définir des directives relatives au sort de leurs données personnelles en cas de décès.
- Droit à la limitation du traitement : vous pouvez nous demander de limiter le traitement de vos données personnelles.
- Droit à la portabilité des données : possibilité de récupérer dans un format structuré les données qu'ils ont fournies lorsque ces dernières sont nécessaires à l'Adhésion ou lorsqu'ils ont consenti à l'utilisation de ces données.

Ces données peuvent être transmises directement au responsable du traitement choisi par l'Adhérent lorsque cela est techniquement possible.

- Droit de retrait : droit de retirer le consentement donné pour un traitement fondé sur cette base. Ce retrait vaut pour l'avenir et ne remet pas en cause la licéité des traitements déjà effectués. Il est susceptible de rendre l'exécution de l'Adhésion impossible sans être pour autant une cause de résiliation reconnue par le droit des assurances.

Cependant, le retrait de données nécessaires à l'exécution du contrat et notamment au contrôle de la pertinence des engagements réciproques, est susceptible de rendre impossible l'exécution du contrat, des lors que ces données participent du consentement des parties à la contractualisation.

Dans une telle hypothèse, cette impossibilité d'exécution peut être une cause contractuellement définie de déchéance de garantie.

- Droit d'opposition : possibilité de s'opposer au traitement de leurs données personnelles notamment concernant la prospection commerciale

art.25 10 Coordonnées du Délégué à la Protection des Données Personnelles

Ces droits peuvent être exercés aux adresses suivantes sur simple demande après avoir fourni une preuve de votre identité :

Pour Generali : droitdaces@generali.fr
ou à l'adresse postale suivante :

Generali – Conformité – TSA 70100 75309 Paris Cedex 09.

Pour Actudata : dpo@actudata.fr
ou à l'adresse postale suivante :

ACTUDATA DPO – TSA 86933 95144 Groslay Cedex.

art.25 11 Droit d'introduire une réclamation

Par ailleurs, vous pouvez introduire une réclamation auprès de la

Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
3 Place de Fontenoy
TSA 80715-75334 PARIS CEDEX 07

Clause spécifique relative aux obligations réglementaires.

art.25 12 sée

Profilage et prise de décision automatisée

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

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

Vous disposez du droit d'obtenir une intervention humaine de la part du responsable du traitement, d'exprimer votre point de vue et de contester la décision.

Vous pouvez exercer ces droits à l'adresse mentionnée pour l'exercice de vos droits.

ARTICLE 26 : Autorité de contrôle

L'autorité chargée du contrôle des entreprises d'assurances qui accordent les garanties prévues par la présente Adhésion est :

L'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR)
4 place de Budapest – 75436 Paris Cedex 09.

ARTICLE 27 : Opposition au démarchage téléphonique

Si le Souscripteur / l'Adhérent est un consommateur et qu'il ne souhaite pas faire l'objet de prospection commerciale par voie téléphonique, il peut s'inscrire gratuitement sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique sur le site internet www.bloctel.gouv.fr.

L'Assureur pourra cependant toujours le contacter, directement, ou par l'intermédiaire d'un tiers agissant pour son compte, concernant son contrat, ou pour lui proposer des produits ou services afférents ou complémentaires à celui-ci ou de nature à l'améliorer.

ARTICLE 28 : Sanctions internationales

L'assureur ne sera tenu à aucune garantie, ne fournira aucune prestation et ne sera obligé de payer aucune somme au titre du présent contrat dès lors que la mise en œuvre d'une telle garantie, la fourniture d'une telle prestation ou un tel paiement l'exposerait à une sanction, prohibition ou restriction résultant d'une résolution de l'Organisation des nations unies, et/ou aux sanctions économiques ou commerciales prévues par les lois et/ou règlements édictés par l'Union Européenne, la France, le Royaume-Uni et les Etats-Unis d'Amérique ou par tout autre droit national applicable au présent contrat prévoyant de telles mesures.

ARTICLE 29 : Droit de renonciation

L'Adhérent dispose d'un délai pour renoncer à son Adhésion aux conditions et selon les modalités décrites ci-après :

art.291 Si le contrat est vendu à distance :

On entend par vente à distance le contrat conclu au moyen d'une ou plusieurs techniques de commercialisation à distance (cf. notamment de vente par correspondance ou internet).

Conformément à l'article L112-2-1 du code des assurances, un délai de renonciation de quatorze (14) jours calendaires révolus s'applique en cas de vente à distance.

Ce délai commence à courir soit à compter de la date de signature du contrat, soit à compter du jour où l'Adhérent a reçu les conditions contractuelles et les informations particulières si cette dernière date est postérieure. Si un sinistre survient pendant ce délai de 14 jours, la cotisation doit avoir été réglée au plus tard lors de la déclaration du sinistre.

Cette renonciation doit être faite par courrier recommandé avec ac-

cusé de réception, ou par mail à : **production@actudata.fr**

Par courrier recommandé : Par courrier recommandé :
ACTUDATA, TSA 86933 95144 Groslay Cedex

Modèle de lettre de renonciation en cas de Vente à Distance

Nom, prénom :
Adresse :
N° du contrat :
Mode de paiement choisi :
Montant de la cotisation déjà acquitté :

Madame, Monsieur,
Conformément aux dispositions de l'article L 112-2-1 II du Code des assurances, j'entends par la présente renoncer au contrat d'assurance cité en références que j'ai souscrit en date du _____. Je souhaite donc qu'il soit résilié à compter de la date de réception de la présente lettre.
Je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes salutations distinguées.

Fait le _____ à _____
Signature de l'Adhérent

art.29 2 Si le contrat est vendu par démarchage :

La vente par démarchage est la sollicitation d'un client, même à sa demande, à son domicile, sa résidence ou sur son lieu de travail, en vue de lui proposer la souscription d'un contrat.

En vertu de l'article L112-9 alinéa 1er du code des assurances, « toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail même à sa demande, et qui signe dans ce cadre une proposition d'assurance ou un contrat à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée avec demande d'avis de réception pendant un délai de 14 jours calendaires révolus à compter de la date d'adhésion, sans avoir à justifier de motif ni à supporter de pénalités ».

Si les conditions précitées sont réunies et sous réserve des autres dispositions de l'article L112-9 du Code des assurances – l'Adhérent peut renoncer à l'Adhésion.

Cette renonciation doit être faite par courrier recommandé avec accusé de réception, ou par mail à : **production@actudata.fr**

Par courrier recommandé : Par courrier recommandé :

ACTUDATA, TSA 86933 95144 Groslay Cedex

Modèle de lettre de renonciation en cas de démarchage

Nom, prénom :
Adresse :
N° du contrat :
Mode de paiement choisi :
Montant de la cotisation déjà acquitté :

Madame, Monsieur,
Conformément aux dispositions de l'article L 112-9 du Code des assurances, j'entends par la présente renoncer au contrat d'assurance cité en références que j'ai souscrit en date du _____. Je souhaite donc qu'il soit résilié à compter de la date de réception de la présente lettre.
Je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes salutations distinguées.

Fait le _____ à _____
Signature de l'Adhérent

L'exercice du droit de renonciation n'est plus possible dès lors qu'un remboursement au titre de l'Adhésion aurait été sollicité.

L'Assureur rembourse la cotisation perçue de l'Adhérent en application de l'Adhésion, à l'exception du montant qui lui est dû en contrepartie du commencement d'exécution dans les conditions ci-dessus évoquées.

Les frais de courtage ne seront pas non plus remboursés en cas de renonciation de l'Adhérent, ceux-ci étant liés aux frais induits pour la prise en compte de la demande d'adhésion et au service rendu par votre courtier distributeur.

Ce remboursement intervient au plus tard dans les trente (30) jours

STATUS - Association pour la Prévoyance et la Santé pour Tous (APST)

ARTICLE 1 : Constitution

Entre les Membres Fondateurs ayant participé à l'Assemblée Générale Constitutive, il a été créé une association régie par la Loi du 1er juillet 1901 et les textes qui l'ont modifiée, ainsi que par les présents statuts.

Cette Association a pris la dénomination suivante :

Association pour la Prévoyance et la Santé pour Tous. APST

ARTICLE 2 : Objet

Cette Association a pour objet de :

- défendre les Adhérents de l'APST ;
- promouvoir et défendre l'assurance prévoyance et l'assurance santé ;
- informer, s'il y a lieu, ses Adhérents sur les possibilités existantes de souscription d'un contrat d'assurance santé et/ou prévoyance ;
- négocier et souscrire pour le compte de ses Adhérents des contrats d'assurance de groupe correspondant aux différentes catégories prévues par le Code des assurances et plus particulièrement des contrats d'assurance santé et/ou prévoyance ;
- proposer des produits et services assurantiels, bancaires, financiers et sociaux dans l'intérêt des Adhérents, complémentaires à l'assurance santé et/ou prévoyance ;
- rechercher toutes formules susceptibles d'améliorer la protection de ses adhérents ;
- entreprendre toute action destinée à augmenter les services rendus aux adhérents tant dans les domaines de la retraite, la prévoyance, la santé et de l'épargne ;
- participer à la prévention dans ces domaines par la diffusion d'informations,
- diffuser des conseils intéressants la protection de la santé visant la sensibilisation et l'éducation en matière de santé.
- créer ou participer à la création de toute association ou groupement, poursuivant l'un de ces objectifs dans le cadre national ou international ; et
- de manière générale, mener toute action publique ou collective, locale et/ou nationale, nécessaire pour atteindre ces objectifs.

ARTICLE 3 : Siège social

Le siège de l'Association est fixé :

61 rue de Lyon à PARIS (75012)

Il peut être transféré en tout autre lieu, dans la même ville (PARIS) sur simple décision du Président et dans tout autre lieu, en dehors de PARIS, sur décision préalable du Conseil d'Administration.

ARTICLE 4 : Durée

La durée de l'Association est illimitée.

ARTICLE 5 : Membres de l'Association

Différents types de membres

art.5.1 Les membres fondateurs

Les membres fondateurs sont les deux personnes physiques à l'origine de la création de l'Association, qui sont exemptés de payer des frais d'entrée et qui ne peuvent être exclus de l'Association.

art.5.2 Les membres de droit

Sont membres de droit de l'Association :

- les personnes physiques
 - ◊ adhérent à titre individuel à un contrat d'assurance de l'Association ou bénéficiant d'une rente viagère au titre d'un contrat d'assurance souscrit par l'Association,
 - ◊ bénéficiant d'un contrat collectif conclu par une personne morale membre de l'Association lorsque ce contrat prévoit expressément qu'ils ont la qualité de membres de l'Association,
- les personnes morales ayant conclu un contrat collectif avec l'Association.

Dans tous les cas, la qualité de membre est acquise à compter de la date de réception du bulletin d'adhésion et, le cas échéant, de la perception des droits d'entrée par l'Association.

Sont qualifiés de Membres Bénéficiaires les conjoint, enfant(s) mineur(s) ou majeur(s), ayant droit de l'adhérent au Contrat d'assurance groupe, membre de droit de l'Association. Les Membres Bénéficiaires ont la qualité de membre de l'Association et, à ce titre, ont un droit de vote en Assemblée Générale.

Pour les enfants mineurs, le droit de vote pourra être exercé par leur père ou mère ou leurs représentants légaux.

art.5.3 Les membres d'honneur

Le Conseil d'Administration peut nommer membre d'honneur toute personne, physique ou morale, française ou étrangère, en raison des services rendus à l'Association.

Il est précisé que tout membre d'honneur participe aux assemblées générales et dispose à l'instar de tous les autres membres, d'un droit de vote à ces Assemblées Générales. Les membres d'honneur pourront être au maximum de cinq (5) personnes pour une période de dix (10) ans maximum, renouvelable sur décision du Conseil d'Administration.

art.5.4 Perte de la qualité de membre de l'Association

- A la différence des autres types de membres, un membre fondateur ne peut jamais perdre la qualité de membre de l'Association.
- Sous réserve de la disposition ci-avant, la qualité de membre prend fin :
 - ◊ par le versement sous forme de capital de l'intégralité de l'épargne acquise,
 - ◊ au décès de l'Adhérent,
 - ◊ au décès du bénéficiaire de la rente,
 - ◊ lorsque l'Adhérent n'a plus de lien de droit au titre d'un contrat collectif souscrit par l'Association,
 - ◊ à la cessation d'activité de la personne morale,
 - ◊ et, le cas échéant, par exclusion dans les conditions prévues ci-après.

art.5.5 Adhésion à l'Association

La demande d'adhésion est formulée par écrit. L'adhésion à l'Association intervient lors de la demande de souscription du contrat d'assurance individuel ou lors de l'adhésion à un contrat d'assurance de groupe souscrit auprès de l'Assureur partenaire.

La demande d'adhésion est également ouverte aux entreprises ayant préalablement souscrit un contrat d'assurance collectif auprès de l'Assureur partenaire qui complètent et signent un bulletin d'adhésion à l'Association.

Elle comporte l'engagement d'accepter et de respecter les présents Statuts, le Règlement Intérieur et les décisions de l'Assemblée Générale ainsi que celui de verser la cotisation statutaire annuelle.

art.5.6 Exclusion d'un membre de l'Association

1. A la différence des autres types de membres, un membre fondateur ne peut jamais être exclu de l'Association.
2. Sous réserve de la disposition ci-avant, un membre de l'Association peut éventuellement être exclu dans les conditions suivantes. L'exclusion prononcée par le Conseil d'Administration à la majorité simple des membres présents ou représentés pour un ou plusieurs acte(s) d'un membre portant préjudice moral et/ou matériel et/ou réputationnel à l'Association. Dans une telle situation, le Président de l'Association avise le membre concerné, par lettre recommandée avec accusé de réception, de la date de réunion du Conseil d'Administration appelée à statuer sur son exclusion éventuelle. Cette lettre :
 - énoncera sommairement les motifs de l'éventuelle exclusion,
 - et indiquera à l'intéressé qu'il peut :
 - ◊ demander à être
 - » entendu,
 - » représenté par un autre membre de l'Association ou par un avocat,
 - ◊ ou encore faire valoir ses observations par écrit. Dans cette hypothèse, lesdites observations écrites du membre concerné devront être expédiées au moins quinze (15) jours avant la date fixée pour la réunion du Conseil d'Administration.

art.5.7 Responsabilité des membres de l'Association

Aucun membre de l'Association n'est personnellement responsable des engagements contractés par elle. Seul le patrimoine de l'Association répond de ses engagements.

ARTICLE 6 : Ressources et dépenses de l'Association

art.6 1 Cotisations statutaires

La cotisation statutaire annuelle régie par les Membres est fixée chaque année, pour l'année suivante, par le Conseil d'Administration afin de contribuer au financement du fonctionnement de l'Association. Elle est due d'avance par période de douze (12) mois à compter de la date d'adhésion à l'Association.

Les membres fondateurs, les membres d'honneur et les membres bénéficiaires sont dispensés de cotisation statutaire.

art.6 2 Ressources

Les ressources de l'Association proviennent •

- des droits d'entrée et/ou des cotisations dont le montant et les modalités de perception sont définis par le Conseil d'Administration ;
- les dons ou subventions éventuels provenant de toute personne physique ou morale,
- d'une dotation de fonctionnement et d'audit prélevée sur les frais annuels de gestion contractuellement mis à la charge des membres et versée conformément aux conventions régularisées par l'Association avec ses partenaires,
- du revenu de ses biens ,
- des subventions et autres versements autorisés par les textes législatifs et réglementaires ;
- des sommes perçues en contrepartie des prestations fournies,
- et toutes autres ressources autorisées par les textes législatifs et réglementaires.

art.6 3 Dépenses

Les dépenses de l'Association correspondent à l'ensemble des charges engagées pour son fonctionnement et, plus généralement, toutes dépenses nécessaires à la réalisation de l'objet de l'Association.

Les dépenses sont ordonnancées par le Président ou par toute autre personne habilitée à cet effet par le Conseil d'Administration dans les conditions et limites qu'il a fixées.

ARTICLE 7 : Exercice financier & comptabilité

1. L'exercice financier est l'année civile. Pour le premier exercice, il est convenu que l'exercice se terminera le 31 décembre 2023 (31/12/2023).

2. Il est tenu une comptabilité faisant apparaître annuellement un compte d'exploitation générale et un Bilan.

Si les recettes annuelles excèdent les dépenses, l'affectation de l'excédent, exclusive de toute distribution, est décidée par l'Assemblée Générale sur proposition du Conseil.

Les comptes de l'Association peuvent être consultés à son Siège par tout groupe d'adhérents, représentant la moitié plus un des membres de l'Association, à jour de leur cotisation

ARTICLE 8 : Assemblées Générales

art.8.1 Convocation

Les membres de l'Association tels que définis à l'article 5, à jour du paiement de leur cotisation annuelle au jour de la décision de convocation, sont réunis, au moins une fois par an en Assemblée Générale Ordinaire et en tant que de besoin en Assemblée Générale Extraordinaire.

La convocation est valablement faite sous forme individuelle à la dernière adresse postale ou électronique communiquée par le membre au jour de la décision de convocation, envoyée aux membres dans les délais prévus par la réglementation en vigueur.

Les Assemblées Générales sont convoquées, sur décision du Conseil d'Administration, par le Président, la convocation précise la date, l'heure, le lieu, l'ordre du jour de l'Assemblée Générale, et comporte les projets de résolution arrêtés par le Conseil d'Administration.

Seront également portées à l'ordre du jour et jointes à la convocation, les propositions de résolutions présentées par des groupes d'Adhérents dès lors que ces propositions auront été réceptionnées au siège de l'Association par lettre recommandée avec avis de réception et seront conformes aux dispositions légales et réglementaires en vigueur.

art.8.2 Droit de vote

Chaque membre est titulaire d'une voix aux Assemblées Générales et est de ce fait convoqué à ces Assemblées.

Chaque membre, personne physique, ne peut être représenté que par un autre membre, personne physique ou par son conjoint. Les membres bénéficiaires, enfants mineurs, pourront être représentés par leur père ou mère ou leurs représentants légaux.

Les membres personnes morales sont représentés par un mandataire personne physique.

Tout mandataire peut remettre les pouvoirs qui lui ont été conférés à un autre membre, dans la limite de trois (3) pouvoirs. A défaut de précision dans le pouvoir, il sera considéré que le pouvoir est donné au Président.

Les votes « oui-non-abstention » sont considérés comme des votes exprimés et intégrés pour le décompte des voix. Les pouvoirs en blanc retournés à l'Association sont attribués au Président et donnent lieu à un vote favorable à l'adoption des projets de résolution présentés ou agréés par le Conseil.

La présidence des Assemblées est assurée par le Président en exercice assisté du Bureau. En cas d'absence ou d'empêchement du Président du Conseil d'Administration, la présidence est assurée par un autre Administrateur désigné par le Président ou à défaut par le Conseil d'Administration.

Les Assemblées Générales statuent dans les conditions de quorum prévues par la réglementation en vigueur et les présents statuts.

art.8 3 Type d'Assemblée Générale

Assemblée Générale Ordinaire

L'assemblée générale a seule qualité pour autoriser la modification des dispositions essentielles du contrat de groupe souscrit par l'association telles que définies à l'article R141-6 du code des Assurances notamment:

- la définition des garanties offertes
- la durée du contrat
- les modalités de versement des primes

En outre, sont présentés, lors de l'Assemblée Générale Ordinaire annuelle :

- le compte-rendu d'activité du Conseil d'Administration ,
- le rapport comptable et financier de l'exercice écoulé, ainsi que le budget pour l'exercice en cours ; et
- le (ou les) rapport(s) des Commissaires aux Comptes.

Les membres présents, représentés, ou votant par correspondance ou par tout autre moyen mis à leur disposition par l'Association :

- votent sur le compte-rendu d'activité du Conseil d'Administration
- votent sur l'approbation des comptes de l'exercice clos, ainsi que sur le budget de l'exercice en cours
- votent le quitus aux Administrateurs
- élisent et révoquent les Administrateurs ,
- ratifient le cas échéant les nominations d'Administrateurs faites à titre provisoire par le Conseil d'Administration
- nomment les Commissaires aux Comptes (titulaire et suppléant);
- délibèrent et votent sur les questions relevant de la compétence de l'Assemblée Générale Ordinaire en vertu des lois et règlements en vigueur, et plus généralement sur toute question inscrite à l'ordre du jour.

Une Assemblée Générale Ordinaire peut être réunie entre deux Assemblées Générales Ordinaires annuelles si le Conseil d'Administration doit soumettre à son approbation des questions relevant de sa compétence.

L'assemblée générale ordinaire ne peut valablement délibérer que si un trentième des adhérents au moins sont présents, représentés ou ont fait usage de la faculté de vote par correspondance.

Les décisions sont prises à la majorité simple des votes exprimés par les membres présents, représentés, ou votant par correspondance ou par tout autre moyen mis à leur disposition par l'Association (les votes «oui» devant donc représenter plus de la moitié des votes exprimés). L'élection et la révocation des Administrateurs sont votées individuellement.

Assemblée Générale extraordinaire

Sont soumis à une Assemblée Générale Extraordinaire les sujets relevant de sa compétence conformément aux textes législatifs et réglementaires et aux présents statuts.

L'Assemblée Générale Extraordinaire est convoquée par le Président du Conseil d'Administration sur décision du Conseil d'Administration, à la demande d'au moins 10% des membres.

L'assemblée générale extraordinaire ne peut valablement délibérer que si un trentième des adhérents au moins sont présents, représentés ou ont fait usage de la faculté de vote par correspondance.

Les décisions sont prises à la majorité des deux tiers des votes exprimés par les membres présents, représentés, ou votant par correspondance ou par tout autre moyen mis à leur disposition par l'Association (les votes «oui» devant donc représenter plus des deux tiers des votes exprimés).

art.8 4 Procès-verbaux

Les délibérations des Assemblées Générales sont constatées dans des procès-verbaux contenant un résumé des débats, le texte des délibérations et le résultat des votes. Les procès-verbaux sont signés par le Président et le Secrétaire de séance.

Les procès-verbaux rédigés et conservés au siège social de l'Association. Le droit de consultation peut être exercé soit par le Membre lui-même, soit par un autre Membre de l'Association ou un tiers mandaté à cet effet.

Les Membres peuvent consulter les procès-verbaux des Assemblées Générales au siège social de l'Association.

Les copies et les extraits des procès-verbaux, certifiés conformes par le Président, peuvent être délivrés aux Membres de l'Association sur simple demande adressée au siège de celle-ci.

ARTICLE 9 : Le Conseil d'Administration

art.91 Composition

L'Association est administrée par un Conseil composé au minimum de deux (2) et au maximum de dix (10) personnes physiques, membres de l'Association en qualité de membre individuel.

Le Conseil d'Administration est composé conformément aux prescriptions légales et réglementaires en vigueur. En outre, ne peuvent être Administrateurs :

- les Adhérents âgés de moins de 18 ans au jour de l'élection
- les Adhérents ayant adhéré depuis moins de 2 ans au jour de l'élection,
- les Adhérents, intermédiaires d'assurance, salariés ou mandataires sociaux d'un intermédiaire d'assurance, ou ayant exercé une telle activité au cours des cinq années précédant leur élection comme membres du Conseil d'Administration,
- toute personne ayant fait l'objet d'une condamnation ou d'une interdiction visée par l'article L. 322-2 du Code des assurances.

Le Conseil d'Administration doit être composé d'au moins deux tiers d'Administrateurs ayant moins de 72 ans au jour de leur élection.

art.9 2 Durée du mandat

Les Administrateurs sont élus pour une durée de trois (3) ans. Ils sont rééligibles. Leur révocation en cours de mandat est votée à la même majorité que celle requise pour les décisions prises en Assemblée Générale Extraordinaire. En cas de vacance, le Conseil d'Administration peut coopter un Administrateur dont le mandat expirera à la date à laquelle devait expirer celui du membre remplacé. Cette cooptation est soumise pour ratification au vote de la plus proche Assemblée Générale Ordinaire. A défaut de ratification, les délibérations prises et les actes accomplis antérieurement par le Conseil d'Administration n'en demeurent pas moins valables.

art.9 3 Attributions

Le Conseil est investi des pouvoirs nécessaires pour assurer la gestion de l'Association, autoriser toutes opérations et prendre toutes dispositions conformes à son objet et non dévolus à l'Assemblée Générale ou au Président du Conseil d'Administration par la Loi ou les présents statuts.

Les fonctions de membre du Conseil d'Administration sont gratuites. Cependant, le Conseil d'Administration peut décider d'allouer aux Administrateurs, dans les limites fixées par l'Assemblée Générale, des indemnités et avantages au titre de membre du Conseil d'Administration.

Le Président du Conseil d'Administration informe chaque année l'Assemblée Générale du montant des indemnités et avantages alloués conformément à l'alinéa précédent aux membres du Conseil d'Administration.

Relèvent également des attributions du Conseil d'Administration la création et l'animation des comités mentionnés ci-après (article XII). Le Conseil peut déléguer une partie de ses pouvoirs à toute personne désignée parmi ses membres ou à des tiers ; il en demeure responsable vis-à-vis de l'Association.

art.9 4 Fonctionnement

Le Conseil se réunit sur convocation du Président chaque fois que celui-ci le juge utile ou sur demande de la moitié des Administrateurs et au moins une fois par an.

L'ordre du jour est arrêté par l'auteur de la convocation.

Chaque Administrateur dispose d'une voix. Il ne peut être porteur de plus de deux pouvoirs conférés par d'autres Administrateurs. Le Conseil ne délibère valablement que si la moitié au moins des Administrateurs sont présents ou représentés.

Toute décision est prise à la majorité simple des Administrateurs présents ou représentés. La voix du Président est prépondérante en cas de partage égal des voix.

art.9 5 Procès-verbal

Les délibérations des Conseils d'Administration sont constatées dans des procès-verbaux et ils sont établis et sont consultables dans les conditions de l'article 8.4.

ARTICLE 10 : Président- Bureau :

art.101 Président

Le Conseil d'Administration élit parmi les Membres Fondateurs un Président. En cas de refus des Membres Fondateurs, le Conseil d'Administration peut alors choisir le Président parmi l'ensemble des autres Membres à jour de leur cotisation.

Le Président est élu pour la durée de son mandat et est rééligible. Ses attributions sont - sans préjudice de toute autre mission qui pourrait lui être confiée par ledit Conseil d'Administration - les suivantes :

- convoquer les réunions du Conseil d'Administration, en fixer l'ordre du jour, et diriger et animer ses travaux ;
- assurer la gestion courante de l'Association,
- la représenter - dans les conditions et limites prévues par les textes législatifs et réglementaires - à l'égard des tiers ; il est investi des pouvoirs les plus étendus à cet effet ;
- appliquer et faire appliquer les décisions du Conseil d'Administration,
- agir en justice au nom de l'Association, comme précisé à l'article 17.

Le premier Président sera désigné lors de l'Assemblée Générale Constitutive pour un premier mandat de trois (3) ans.

art.10 2 Bureau

Le Conseil d'Administration élit parmi ses membres un Bureau qui sera composé :

- d'un Président,
- d'un Trésorier,
- d'un Secrétaire, le cas échéant,
- et, s'il le juge nécessaire, un ou plusieurs Vice(s)-Président(s).

Le Bureau du Conseil d'Administration ainsi formé est composé de membres élus pour les trois (3) années qui suivent leur désignation. Les membres du Bureau sont rééligibles.

En cas de cessation de fonction d'un membre du Bureau, le Président peut proposer au Conseil d'Administration son remplacement jusqu'à la fin de la période de trois (3) ans en cours. La cooptation par le Conseil d'Administration doit être ratifiée par le vote de la plus proche Assemblée Générale Ordinaire conformément à l'article 13.2 ci-avant des présents Statuts.

Le premier Trésorier sera désigné lors de l'Assemblée Générale Constitutive pour un premier mandat de trois (3) ans. Les autres membres du Bureau seront désignés par le premier Conseil d'Administration dans les vingt-quatre (24) mois suivant la date de signature des présents statuts.

ARTICLE 11 : Commissaires aux Comptes

L'Assemblée Générale Ordinaire peut nommer, pour une durée de six (6) exercices, un ou plusieurs commissaires aux comptes titulaires et un ou plusieurs commissaires aux comptes suppléants.

Le commissaire aux comptes exerce sa mission selon les normes et règles de la profession. Il établit et présente chaque année à l'assemblée générale appelée à statuer sur les comptes de l'exercice clos, un rapport rendant compte de sa mission et certifiant la régularité et la sincérité des comptes.

L'Assemblée Générale Ordinaire peut demander au Tribunal la révocation des Commissaires aux Comptes avant le terme de leur mandat.

ARTICLE 12 : Comité(s) Consultatif(s)

Le Conseil d'Administration a, le cas échéant, la possibilité de créer et d'animer un ou plusieurs Comité(s) Consultatif(s). Leur composition et leurs modalités de fonctionnement sont décrites dans le Règlement Intérieur de l'Association.

ARTICLE 13 : Frais & Indemnités

Par principe, les fonctions de membres du Conseil d'Administration sont bénévoles, exercées à titre gratuit et ne donnent donc lieu à aucune rétribution de quelque nature que ce soit.

Toutefois, le Conseil d'Administration peut allouer aux Administrateurs des indemnités, avantages ou remboursements de frais exposés, sur la base des justificatifs, pour l'exercice de leur mandat, dans des limites fixées par l'Assemblée Générale Ordinaire.

Les indemnités versées et les avantages alloués aux membres du Conseil d'Administration sont présentés dans les comptes annuels de l'exercice N-1 à l'occasion des Conseils d'Administration et Assemblées Générales statuant sur les comptes.

Les indemnités et avantages susceptibles d'être versés ou alloués aux membres du Conseil d'Administration par l'Association devront être présentés, à titre prévisionnel, lors des Conseils d'Administration et Assemblées Générales statuant sur les comptes annuels

ARTICLE 14 : Règlement intérieur

Un règlement intérieur, destiné à fixer les divers points non prévus par les statuts, notamment ceux qui ont trait au fonctionnement de l'association, peut être établi par le Conseil d'Administration.

Tout membre de l'Association s'engage à respecter les statuts de l'Association et, le cas échéant, le règlement intérieur de l'Association.

ARTICLE 15 : Modification des statuts

Toute modification des présents statuts relève de la compétence exclusive de l'Assemblée Générale Extraordinaire statuant à la majorité prévue à l'article 8.4. ci-avant.

ARTICLE 16 : Dissolution et liquidation de l'Association

La dissolution ne peut être prononcée qu'à l'initiative du Conseil d'Administration et votée en Assemblée Générale Extraordinaire statuant à la majorité prévue à l'article 8.4. ci-avant.

La liquidation se fait conformément aux dispositions de la Loi du 1er juillet 1901 et des textes subséquents. En cas de liquidation, les biens de l'Association seront dévolus à une autre association poursuivant un objectif similaire.

ARTICLE 17 : Représentation en justice

L'Association est représentée en justice et dans tous les actes de sa vie civile par son Président en exercice, qui peut introduire tout type d'action judiciaire et/ou défendre les intérêts de l'Association.

A défaut, l'Association peut être représentée par toute personne habilitée à cet effet par le Conseil d'Administration ou l'Assemblée Générale.