

ATOUT + Individuel

Frais de santé / Prévoyance

**CONDITIONS GÉNÉRALES VALANT NOTICE D'INFORMATION
COMMUNES AUX CONVENTIONS :**

Frais de santé : 0032664 Atout + Individuel Responsable et Solidaire

Frais de santé : 0032665 Atout + Individuel Solidaire

Option décès accidentel : 0032666 Atout + Individuel Solidaire

Assurées par QUATREM

SOMMAIRE

LEXIQUE	3
PARTIE 1 LES DISPOSITIONS COMMUNES AU(X) CONVENTIONS	6
TITRE I – LES DISPOSITIONS RELATIVES A LA VIE DES CONVENTIONS	6
1.1. CARACTÈRE DE L'ADHÉSION ET NATURE DU CONTRAT	6
1.2. OBJET DU CONTRAT	6
1.3. PRISE D'EFFET, DURÉE, RENOUVELLEMENT ET RÉSILIATION DU CONTRAT	7
1.4. RÉFÉRENCES LÉGALES	7
1.5. OBLIGATION D'INFORMATION DE L'ASSURÉ	8
1.6. AJUSTEMENT DU CONTRAT	9
1.7. RENONCIATION	9
1.8. BÉNÉFICIAIRES DES GARANTIES SANTÉ	10
1.9. OBLIGATIONS DU SOUSCRIPTEUR	10
1.10 OBLIGATIONS INCOMBANT À L'ORGANISME ASSUREUR	11
1.11. MODIFICATION DU CONTRAT	11
1.12. DISPOSITIONS DIVERSES	11
TITRE II – COTISATIONS	14
2.1 ASSIETTE ET MONTANT DE LA COTISATION	14
2.2 INDEXATION	14
2.3 MODALITÉS DE PAIEMENT	14
2.4 DÉFAUT DE PAIEMENT	14
TITRE III – GARANTIES FRAIS MÉDICAUX ET FRAIS CHIRURGICAUX	15
3.1 OBJET DE LA GARANTIE	15
3.2 PRESTATIONS	15
3.3 RÈGLEMENT DES PRESTATIONS	16
PARTIE 2 – LES DISPOSITIONS SPÉCIFIQUES À LA CONVENTION N° 0032664 ATOUT + INDIVIDUEL RESPONSABLE ET SOLIDAIRE	21
1. LES CONDITIONS ET LES FORMALITÉS DE SOUSCRIPTION AU CONTRAT	21
2. CONVENTION SOLIDAIRE ET RESPONSABLE	21
3. PRÉCISIONS SUR LES GARANTIES OPTIQUES, DENTAIRES ET LES AIDES AUDITIVES :	22
PARTIE 3 – LES DISPOSITIONS SPÉCIFIQUES À LA CONVENTION SANTÉ : 0032665 ATOUT + INDIVIDUEL SOLIDAIRE	25
1. CONDITIONS ET FORMALITÉS DE SOUSCRIPTION AU CONTRAT	25
2. CONVENTION SOLIDAIRE ET NON RESPONSABLE	25
3. PRÉCISIONS SUR LES GARANTIES OPTIQUES, DENTAIRES ET LES AIDES AUDITIVES :	25
PARTIE 4 – LES DISPOSITIONS SPÉCIFIQUES À LA CONVENTION DÉCÈS ACCIDENTEL : 0032666 ATOUT + INDIVIDUEL	28
1. OBJET DU CONTRAT	28
2. CONDITIONS ET FORMALITÉS DE SOUSCRIPTION AU CONTRAT	28
3. LA GARANTIE « DÉCÈS ACCIDENTEL »	29

LEXIQUE

Dans le présent contrat, les termes suivants sont utilisés :

L'assureur	QUATREM - SA au capital de 510 426 261 euros - régie par le code des assurances, 21 rue Laffitte 75009 Paris - 412 367 724 RCS Paris - Société du groupe Malakoff Humanis .
Le souscripteur	La personne physique répondant aux conditions objet de l'article 1.1 (Conditions de souscription au contrat) de la Partie 2 (contrat complémentaire) ou de la Partie 3 (contrat « complémentaire renforcé »), et de l'article 2.1 (Conditions de souscription au contrat) de la Partie 4 adhérant au contrat.
L'assuré	Le souscripteur admis à l'assurance sur qui repose le risque assuré.
Les ayants droit	<p>Le conjoint :</p> <ul style="list-style-type: none">- l'époux ou l'épouse de l'assuré, non-séparé(e) de corps (séparation judiciaire ou amiable dès lors qu'elle est transcrite à l'état civil), ni divorcé(e),- ou à défaut, le partenaire lié par un pacte civil de solidarité (PACS) en vigueur dans les conditions fixées par les articles 515-1 et suivants du Code civil,- ou à défaut, la personne vivant en couple avec l'assuré au sens de l'article 515-8 du Code civil, sous réserve que l'assuré et son concubin soient libres de tout engagement (mariage ou PACS). <p>Les enfants à charge :</p> <p>sont les enfants à charge de l'assuré ou ceux de son conjoint au sens du contrat qui remplissent les conditions cumulatives suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none">- être âgés de moins de 21 ans,- bénéficiant d'un régime de Sécurité sociale du fait de l'affiliation de l'assuré ou de celle de son conjoint ou d'une affiliation personnelle,- être fiscalement à la charge de l'assuré, c'est-à-dire pris en compte pour l'application du quotient familial ou qui perçoivent une pension alimentaire que l'assuré déduit fiscalement de son revenu global. <p>Cette limite d'âge est portée à 28 ans pour ses enfants qui remplissent l'une des conditions suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none">• s'ils poursuivent leurs études et ne disposent pas de ressources propres provenant d'une activité salariée, sauf emplois occasionnels ou saisonniers durant les études ou emplois rémunérés mensuellement moins de 65 % du SMIC,• s'ils suivent une formation en alternance ou se trouvent sous contrat d'apprentissage,• s'ils sont inscrits à Pôle emploi comme primo demandeurs d'emploi ou s'ils effectuent un stage préalablement à l'exercice d'un premier emploi rémunéré. <p>La limite d'âge est supprimée pour ses enfants qui bénéficient d'une allocation prévue par la législation sociale en faveur des handicapés ou qui sont titulaires de la carte mobilité inclusion portant la mention invalidité prévue à l'article L.241-3 du Code de l'action sociale et des familles, sous réserve que l'invalidité ait été reconnue avant la limite d'âge prévue ci-dessus (21 ou 28 ans sous conditions).</p>
Les bénéficiaires	L'assuré <ul style="list-style-type: none">- Sous réserve que les garanties soient mentionnées aux conditions particulières et du paiement des cotisations correspondantes, le conjoint et les enfants à charge tels que définis ci-avant.
Accident	Toute atteinte à l'intégrité physique, non intentionnelle et provenant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure à l'assuré.
Actes	Les actes pris en considération sont ceux : <ul style="list-style-type: none">- référencés par la Sécurité sociale aux nomenclatures définissant les actes, produits et prestations pris en charge et leurs conditions de remboursement.- non référencés par la Sécurité sociale aux nomenclatures mais expressément prévus aux conditions particulières qui sont prescrits et pratiqués par un professionnel de santé diplômé d'état dans sa spécialité et disposant d'un numéro de SIRET ou ADELI.

Base de remboursement de la Sécurité sociale	Le tarif défini par la Sécurité sociale pour rembourser les frais médicaux.
Dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	Dispositifs prévus par une ou plusieurs conventions nationales signées par l'UNOCAM et au moins une des organisations syndicales représentatives des professionnels de santé, ayant pour objet la maîtrise de leurs dépassements d'honoraires : Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM ou OPTAM-CO spécialité chirurgicale ou de gynécologie-obstétrique). Les professionnels de santé conventionnés exerçant en secteur 2 ou titulaires d'un droit de dépassement ayant choisi un de ces dispositifs sont consultables sur ameli-direct.fr
Maladie	Désigne toute altération de la santé constatée par une autorité médicale compétente.
Maternité	État de la femme lui permettant de bénéficier des prestations de l'assurance maternité.
Sécurité sociale (Régime Obligatoire)	Le régime général d'assurance maladie de l'assuré tel que défini au présent lexique.
Plafond Annuel de la Sécurité sociale	Salaires de référence fixés annuellement par arrêté publié au journal officiel qui sert au calcul des tranches de cotisations sociales. Sa valeur annuelle peut servir au calcul de la cotisation due par l'assuré. Certaines prestations sont exprimées en pourcentage de sa valeur mensuelle. Son évolution est consultable sur www.securite-sociale.fr
Prestations en nature	Le remboursement des dépenses de frais de soins (frais médicaux, frais chirurgicaux, pharmaceutiques,...) ou de service (séjour en établissement hospitalier) exposées par les bénéficiaires.
Parcours de soins	Passage par un médecin traitant choisi par l'assuré avant d'être orienté vers un autre médecin, sauf en cas d'urgence, d'éloignement du domicile ou lorsqu'un accès direct à un spécialiste est autorisé (ophtalmologue, gynécologue, stomatologue ainsi que psychiatre et neuropsychiatre pour les patients âgés de 16 à moins de 26 ans). Le non-respect du parcours de soin engendre la majoration du ticket modérateur qui ne sera pas pris en charge par l'assureur.
Participation forfaitaire (Article L.160-13 du Code de la sécurité sociale)	1. Participation forfaitaire : Montant forfaitaire non remboursé par la Sécurité sociale à la charge des bénéficiaires qui concerne les consultations, les actes des médecins et les actes biologiques. Cette participation forfaitaire n'est pas remboursée par l'assureur. 2. Participation forfaitaire « actes lourds » Ticket modérateur forfaitaire appliqué sur les actes supérieurs au montant fixé par l'État et dont le coefficient est égal ou supérieur à 60. Cette participation forfaitaire est remboursée par l'assureur.
Franchise (Article L.160-13 du Code de la sécurité sociale)	La franchise est une somme déduite des remboursements effectués par le régime obligatoire sur les frais pharmaceutiques, les actes des auxiliaires médicaux, les frais de transports sanitaires à l'exception des transports d'urgence. La franchise n'est pas remboursée par l'assureur
Secteur conventionné	L'ensemble des professionnels de santé ayant adhéré à la convention passée entre leurs représentants et la Sécurité sociale pratiquant des tarifs contrôlés. A l'intérieur de ce secteur conventionné, les professionnels du secteur 1 s'engagent à respecter les bases de remboursement de la Sécurité sociale. Ceux du secteur 2 sont autorisés par convention à dépasser les bases de remboursements de la Sécurité sociale. Le ticket modérateur et le dépassement de la base de remboursement du régime obligatoire sont à la charge des bénéficiaires, sauf en cas de prise en charge totale ou partielle par l'organisme assureur.
Secteur non conventionné	L'ensemble des professionnels de santé n'ayant pas adhéré à la convention passée entre leurs représentants et la Sécurité sociale et pratiquant des tarifs libres. Le remboursement des actes par la Sécurité sociale est alors effectué sur une base minorée. L'ensemble des professionnels de santé n'ayant pas adhéré à la convention passée entre leurs représentants et la Sécurité sociale pratiquant des tarifs libres. Le remboursement des actes par le régime obligatoire est alors effectué sur une base minorée.

Service Médical Rendu (S.M.R.)	Critère utilisé en santé publique pour classer les médicaments en 4 niveaux (majeur, modéré, faible, insuffisant) et fixer leur taux de remboursement par le régime obligatoire.
Sinistre	Dans le cadre du risque frais de santé, il s'agit de la survenance des soins. Dans le cadre du risque prévoyance, il s'agit du décès de l'assuré par accident tel que défini au présent Lexique.
Base de remboursement du régime obligatoire	Le montant défini par le régime obligatoire pour rembourser les frais médicaux.
Ticket Modérateur	Participation de l'assuré aux tarifs définis par le régime obligatoire pour rembourser les frais médicaux. Cette participation peut être réduite ou supprimée dans certains cas mentionnés à l'article R.160-16 du Code de la sécurité sociale.
UNOCAM	<p>Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire, association, fondée le 23 mai 2005, représente à travers ses membres tous les opérateurs en assurance maladie complémentaire. Ces derniers échangent et se concertent pour construire des positions communes sur toute question relative à l'assurance maladie et à l'évolution du financement du système de santé. Dans ce cadre, l'UNOCAM a établi un « glossaire » explicatif des termes utilisés par les différents acteurs permettant aux assurés de mieux comprendre leurs garanties.</p> <p>Ce « glossaire » est consultable sur : https://www.unocam.fr/files/Glossaire.pdf.</p>
Reste à charge	<p>Part des dépenses de santé qui reste à la charge de l'assuré social après le remboursement du régime obligatoire. Il est constitué :</p> <ul style="list-style-type: none"> - du ticket modérateur, étant rappelé que la participation forfaitaire et la franchise ne sont pas prises en charge par l'assureur, - de l'éventuel dépassement d'honoraires.
Age de l'assuré	Il s'agit de l'âge réel de l'assuré à la date d'effet du contrat et à la date de modification du contrat.
Convention complémentaire	Garanties souscrites par l'assuré au titre du contrat complémentaire frais de santé n° 0032664. Il s'agit d'un contrat responsable et solidaire qui intervient sous déduction du remboursement opéré par le régime d'assurance maladie obligatoire.
Convention « complémentaire renforcée »	Garanties souscrites au titre du contrat complémentaire renforcé frais de santé n° 0032665 permettant de renforcer certaines garanties selon la formule souscrite. Il s'agit d'un contrat non responsable qui intervient sous déduction du remboursement opéré par le régime d'assurance maladie obligatoire et le contrat d'assurance maladie complémentaire (contrat complémentaire n° 0032664) dans la limite des frais réels.
Convention Optionnelle « Décès accidentel »	Garanties pouvant être souscrites au titre du contrat optionnel prévoyance n° 0032666 (Partie 4).

PARTIE 1 LES DISPOSITIONS COMMUNES AU(X) CONVENTIONS

TITRE I – LES DISPOSITIONS RELATIVES A LA VIE DES CONVENTIONS

Les présentes dispositions communes (Partie 1) s'appliquent pour la souscription d'une ou de plusieurs conventions. Lorsque plusieurs conventions sont souscrites, celles-ci sont juridiquement distinctes, un numéro de convention propre leur est attribué.

En complément des dispositions communes exposées à la présente Partie 1, s'appliquent les dispositions spécifiques :

- à la convention n° 0032664 Atout + Individuel Responsable et Solidaire de la Partie 2,
- et le cas échéant si ces conventions sont souscrites :
 - les dispositions spécifiques à la convention n° 0032665 Atout + Individuel Solidaire (Partie 3),
 - et celles spécifiques à la convention décès accidentel n° 0032666 Atout + Individuel Solidaire (Partie 4).

1.1. CARACTÈRE DE L'ADHÉSION ET NATURE DU CONTRAT

Le contrat souscrit par le souscripteur auprès de l'assureur est, selon les modalités rappelées aux conditions particulières, un contrat d'assurance à adhésion individuelle.

Le contrat souscrit relève des conventions qui sont de nature :

- Soit complémentaire n° 0032664 responsable et solidaire (« contrat complémentaire » tel que défini au Lexique) ;
- Soit « complémentaire renforcé » non responsable (contrat complémentaire renforcé n° 0032665 tel que défini au Lexique). Cette convention intervient en complément de la formule 6 de la convention n° 0032664 ;
- Soit optionnel « Décès » (contrat n° 0032666 tel que défini au Lexique).

Les conventions sont juridiquement distinctes.

1.2. OBJET DU CONTRAT

Le contrat est un contrat d'assurance à adhésion individuelle, souscrit par la personne physique remplissant les conditions d'adhésion définies à l'article 1 de la Partie 2 (pour le contrat complémentaire) ou de la Partie 3 (pour le contrat « complémentaire renforcé » n° 0032665).

Les conventions santé n° 0032664 et n° 0032665 ont pour objet le remboursement de tout ou partie des frais de santé engagés en cas d'accident, de maladie ou de maternité par l'assuré et/ou de ses ayants droit au sens du contrat.

La convention décès accidentel optionnelle n° 0032666 a pour objet la couverture du risque décès par accident du souscripteur. Les dispositions spécifiques sont prévues à la Partie 4 de la présente notice d'information.

Le contrat est régi par le Code des assurances et notamment ses articles L.141-1 et suivants et relève des branches 1 (accidents) et 2 (maladie) de l'article R.321-1 du Code des assurances.

Les présentes conditions générales « Atout + Individuel » exposent les dispositions communes (Partie 1), complétées des dispositions spécifiques applicables au contrat choisi (Partie 2 et/ou Partie 3 selon le contrat santé et Partie 4 pour le contrat décès accidentel optionnel).

- Pour la convention complémentaire n° 0032664 les dispositions communes (Partie 1) sont complétées par les dispositions spécifiques de la Partie 2 ;
- Pour la convention complémentaire renforcée n° 0032665 les dispositions communes (Partie 1) sont complétées par les dispositions spécifiques de la Partie 3 ;
- Pour la convention optionnelle décès accidentel n° 0032666 les dispositions communes (Partie 1) sont complétées par les dispositions spécifiques de la Partie 4.

Le contrat est composé des présentes conditions générales et des conditions particulières détaillant les conventions souscrites. Il définit les engagements réciproques du souscripteur et de l'assureur et notamment les modalités d'entrée en vigueur des garanties ainsi que les formalités à accomplir pour le paiement des prestations.

1.3. PRISE D'EFFET, DURÉE, RENOUVELLEMENT ET RÉSILIATION DU CONTRAT

Pour l'assuré et bénéficiaires, sous réserve qu'ils répondent à la définition prévue à l'article 1.8. (Bénéficiaires des garanties santé) et que les cotisations soient payées, les garanties démarrent à la date d'effet stipulée sur les conditions particulières.

En cas de modification du contrat à la date d'effet mentionnée à l'avenant aux conditions particulières, sous réserve que celui-ci ait été signé au plus tard à ladite date d'effet.

Au cours du contrat, l'assuré a la faculté de modifier les garanties de chacun des bénéficiaires. Cette modification donner lieu à l'envoi d'un avenant aux conditions particulières.

Les garanties cessent :

Pour l'assuré :

- en cas de non-paiement de la cotisation,
- à la date à laquelle il ne remplit plus les conditions objet de l'article 1.1 (Conditions de souscription au contrat) de la Partie 3 ;
- à la date résiliation du contrat dans les conditions prévues à l'article 1.3. (Prise d'effet, Durée, renouvellement et résiliation du contrat) de la Partie 1,
- à la date de résiliation du contrat complémentaire tel que défini au Lexique,
- au jour du décès de l'assuré.

Pour les bénéficiaires :

- à la même date de cessation des garanties prévues pour l'assuré prévues à l'article 1.3 (Prise d'effet, Durée, renouvellement et résiliation du contrat) de la Partie 1,
- à la date à laquelle ils sont radiés ou ils perdent le statut de bénéficiaire tel que défini à l'article 1.8 (Bénéficiaires des garanties santé) de la Partie 1.

Le contrat conclu entre le souscripteur et l'assureur est souscrit pour une période d'un an à compter de la date d'effet mentionnée aux conditions particulières.

Le contrat se renouvelle ensuite par tacite reconduction à cette date pour des périodes successives d'un an.

Le souscripteur peut résilier le contrat DEUX (2) mois au moins avant chaque date d'anniversaire (le cas échéant le cachet de la poste faisant foi).

Les dispositions ci-après s'entendent dans les conditions définies par la loi 2019-733 du 14 juillet 2019 relative au droit de résiliation sans frais de contrats de complémentaire santé et de ses textes d'applications.

Le souscripteur peut, **après expiration d'un délai d'un an** à compter de la souscription, résilier le contrat frais de santé complémentaire sans frais ni pénalité. La résiliation du contrat prend effet à défaut d'accord des parties un (1) mois après la réception par l'assureur de la notification du souscripteur.

Lorsque le souscripteur a le droit de résilier le contrat frais de santé ou le contrat optionnel prévoyance, la notification de la résiliation peut être effectuée, au choix du souscripteur :

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

Le destinataire confirme par écrit la réception de la notification.

Le contrat prend fin en cas de résiliation conformément aux dispositions prévues ci-dessus ainsi qu'à celles de l'article 1.5 (Ajustement du contrat) et de l'article 2.4 (Défaut de paiement) du présent titre.

Dans le cas où le souscripteur souhaite résilier un contrat conclu pour le remboursement et l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident, afin de souscrire un nouveau contrat auprès d'un nouvel organisme, le nouvel organisme assureur peut effectuer - pour le compte du souscripteur les formalités nécessaires à l'exercice du droit de résiliation dans les conditions prévues au contrat. Dans ce cas, les organismes intéressés s'assurent de l'absence d'interruption de la couverture des assurés durant la procédure.

1.4. RÉFÉRENCES LÉGALES

1.4.1. Les obligations de déclaration

Les déclarations du souscripteur servent de base à l'application des garanties.

Fausse déclaration

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

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

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

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

Déchéance

L'assuré ou le bénéficiaire de la prestation est déchu de tout droit à indemnisation au titre du sinistre concerné :

- s'il fait volontairement une fausse déclaration de sinistre ou à l'occasion d'un sinistre, portant sur la date, la nature, les causes, les circonstances ou les conséquences du sinistre,
- s'il fournit ou utilise sciemment des renseignements ou des documents inexacts, fabriqués ou falsifiés comme justificatifs ou use d'autres moyens frauduleux en vue d'obtenir le versement des prestations.

Il s'expose également à des poursuites pénales de la part de l'assureur.

1.4.2. Prescription

Toute action dérivant du présent contrat est irrecevable au terme d'un délai de DEUX ANS à compter de l'évènement qui lui a donné naissance, selon les dispositions des articles L.114-1 et L.114-2 du Code des assurances qui prévoient :

- Article L.114-1 « Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'évènement qui y donne naissance. Toutefois, ce délai ne court :
1° En cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'assureur en a eu connaissance ;
2° En cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand l'action de l'assuré contre l'assureur a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'assuré ou a été indemnisé par ce dernier. 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, notwithstanding les dispositions du 2°, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès de l'assuré ».

- Article L.114-2 « La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription [reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait (article 2240 du Code civil), acte d'exécution forcée (article 2244 du Code civil), citation en justice, même en référé (article 2241 du Code civil)] et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception ou d'un envoi recommandé électronique, adressé 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 ».

1.5. OBLIGATION D'INFORMATION DE L'ASSURÉ

En cas de changement de la situation de famille, la liste des personnes retenues à l'adhésion peut être modifiée par le souscripteur pour tenir compte de l'évolution de sa situation familiale :

- mariage, conclusion d'un PACS, concubinage, naissance ou adoption d'un enfant à charge,

- décès d'un ayant droit, divorce, séparation de corps (judiciaire ou amiable), dissolution d'un PACS, séparation des concubins,
- déménagement.

L'assuré devra notifier ce changement à l'organisme assureur dans les 30 jours qui suivent l'événement et lui communiquer les informations administratives correspondantes, afin qu'elles soient prises en compte dans le contrat.

Il recevra en retour un avenant au contrat tenant compte de sa nouvelle situation.

1.6. AJUSTEMENT DU CONTRAT

Le contrat peut être modifié notamment en cas d'évolution des résultats ou en cours d'année en cas d'évolution réglementaire.

1.6.1. Évolutions réglementaires

En cas d'évolution législative, réglementaire et/ou de l'intervention du régime de la Sécurité sociale, le contrat peut être modifié en cours d'année. Les nouvelles conditions de garanties et/ou de cotisations prennent alors effet à la date mentionnée sur l'avenant adressé au souscripteur pour formaliser cette modification. **Le souscripteur peut toujours refuser la proposition en respectant les « Modalités de révision » prévues au contrat.**

Jusqu'à cette date, les dispositions antérieures continuent à s'appliquer sauf si les nouvelles dispositions sont d'ordre public et donc d'application immédiate.

1.6.2. Résultats du contrat

Si une évolution des résultats techniques de l'ensemble des assurés relevant de la même convention ou une aggravation du risque vient à entraîner une modification des engagements de l'organisme assureur, celui-ci se réserve la possibilité de modifier le contrat et/ou de réviser les cotisations à l'échéance annuelle du contrat.

En cas de modification des garanties et/ou de révision des cotisations **le souscripteur peut refuser la proposition de l'organisme assureur dans les trente jours qui suivent la réception dudit courrier en envoyant sa demande de résiliation par l'un des moyens exposés à l'article 1.3.**

L'adhésion de l'assuré prend alors fin dans les dix jours suivants.

En cas d'absence de réponse dans les trente (30) jours suivant l'envoi de la notification par lettre recommandée de l'assureur, l'assureur considérera que le souscripteur a accepté les nouvelles conditions. Elles prendront effet à la date de modification mentionnée sur le courrier.

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

1.7. RENONCIATION

1.7.1. Démarchage à domicile

Conformément à l'article L112-9 du code des assurances : « I.- Toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, et qui signe dans ce cadre une proposition d'assurance ou un contrat à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée avec demande d'avis de réception ou par envoi recommandé électronique pendant le délai de quatorze jours calendaires révolus à compter du jour de la conclusion du contrat, sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités. »

L'exercice du droit de renonciation entraîne la résiliation de l'adhésion à compter de la date de réception de la lettre recommandée ou de l'envoi recommandé électronique. L'assuré est tenu au paiement de la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque a couru, cette période étant calculée jusqu'à la date de la résiliation. Le solde est remboursé par l'assureur au plus tard dans les TRENTE jours suivant la date de résiliation. Toutefois, l'intégralité de la cotisation reste due à l'assureur si l'assuré exerce son droit de renonciation alors qu'un événement mettant en jeu les garanties du contrat et dont il n'a pas eu connaissance est intervenu pendant le délai de renonciation.

1.7.2. Conclusion de la souscription à distance :

Conformément à l'article L.112-2-2 du Code des assurances, l'assuré dispose d'un délai de 14 jours calendaires révolus pour exercer son droit de renonciation, par lettre recommandée avec avis de réception ou par envoi recommandé électronique, sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités, ce délai commençant à :

- Soit à compter du jour où le contrat à distance est conclu,
- Soit à compter du jour où l'intéressé reçoit les conditions contractuelles et les informations, conformément à l'article L.222-6 du Code de la consommation, si cette dernière date est postérieure à celle mentionnée au a).

1.7.3. Modèle de rédaction de la lettre de renonciation

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

« Je soussigné (nom, prénom), demeurant (adresse complète), déclare renoncer à ma souscription au contrat numéro (indiquer ledit numéro), souscrit le (date d'effet du contrat), par l'intermédiaire de (nom du conseiller en assurance), en application des dispositions de l'article L.112-2-2 du Code des assurances (cas de souscription à distance). »

1.8. BÉNÉFICIAIRES DES GARANTIES SANTÉ

Outre le souscripteur, peuvent bénéficier des garanties **sous réserve qu'ils soient mentionnés aux conditions particulières et que les cotisations correspondantes soient payées, les personnes ci-après, ayants droit au sens du contrat, sous réserve qu'elles répondent aux définitions mentionnées au lexique :**

- Son conjoint ou son partenaire de PACS ou son concubin,
- Ses enfants à charge.

1.9. OBLIGATIONS DU SOUSCRIPTEUR

Le souscripteur s'oblige à procéder aux formalités suivantes :

Lors de la souscription au contrat :

- À compléter et signer la demande de souscription, renseigner les ayants droit tels que définis au lexique, et fournir :
 - un relevé d'identité bancaire (RIB) ou relevé d'identité de caisse d'épargne (RICE) le cas échéant pour le paiement des cotisations et le versement des prestations ainsi que le mandat SEPA,
 - une copie de sa carte nationale d'identité ou passeport en vigueur,
 - un certificat de scolarité ou d'apprentissage justifiant la poursuite d'études le cas échéant,
 - pour chaque bénéficiaire la photocopie de l'attestation d'assurance maladie jointe à la carte vitale,
 - toute pièce que l'assureur jugerait nécessaire à la souscription.

- **Si la demande de souscription a été renseignée sur la plateforme dématérialisée dédiée, le courtier en assurance s'assure de remettre au souscripteur l'ensemble des pièces disponibles sur la plateforme précitée.**

La demande de souscription accompagnée des pièces justificatives est communiquée à l'assureur ou son représentant au plus tard à la date de prise d'effet des garanties.

Un exemplaire des conditions particulières signées manuellement ou électroniquement doit être communiqué signé à l'assureur dans les TRENTE jours qui suivent sa date d'émission.

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

En cours de contrat, le souscripteur s'oblige :

- à régler les cotisations à l'assureur,
- à communiquer :
 - tout nouvel élément ayant pour conséquence de modifier la nature ou l'importance des risques, ou d'en créer de nouveaux, et de rendre inexacts ou caduques les déclarations faites lors de l'adhésion au contrat notamment le changement d'activité ou de situation personnelle,
 - les pièces justificatives demandées pour le versement des prestations frais de santé conformément à l'article 3.3.3. **(Pièces justificatives pour le paiement des prestations) des présentes conditions générales.**
- **sur demande de l'assureur, à tout moment :**
 - à justifier par tous moyens que son conjoint, son partenaire de Pacs, son concubin, ses enfants à charge répondent bien à la définition contractuelle en fournissant notamment :
 - copie du contrat d'apprentissage ou de qualification pour les apprentis **de moins de 28 ans** et fiscalement à charge,
 - certificat de scolarité pour l'année en cours pour les étudiants **de moins de 28 ans** et fiscalement à charge,
 - certificat de scolarité + copie du contrat de travail pour les enfants reconnus handicapés **avant leur 21^e anniversaire,**
 - copie de la carte d'invalidité ou carte de mobilité inclusion avec mention invalidité ou copie d'attestation CDAPH pour les étudiants **de moins de 28 ans** avec revenu < à 65 % du SMIC d'activité,
 - copie de la dernière attestation de paiement Pôle Emploi pour les enfants primo demandeurs d'emploi **de moins de 28 ans,**
 - tout justificatif nécessaire à la mise à jour du contrat.

- **en cas d'évènement ouvrant droit aux prestations décès accidentel :**
les pièces nécessaires au règlement des prestations, telles qu'elles sont énumérées à l'article 4.7 « Pièces justificatives décès accidentel » de la Partie 4 des présentes conditions générales.

L'acceptation du risque par l'assureur est constatée par l'émission de conditions particulières qui confèrent au souscripteur la qualité d'assuré.

Dans le cadre d'une souscription matérielle (format papier) le souscripteur retourne les conditions particulières signées à l'assureur ou à son représentant.

Dans le cadre d'une souscription dématérialisée réalisée par l'intermédiaire du courtier, le souscripteur signe électroniquement les conditions particulières sur la plateforme dématérialisée.

À défaut de signature de l'avenant aux conditions particulières, ou si l'assureur refuse la modification, l'assuré reste garanti dans les conditions antérieures à sa demande de modification.

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

1.10 OBLIGATIONS INCOMBANT À L'ORGANISME ASSUREUR

Des conditions particulières sont remises au souscripteur conformément à l'article 1.2 (Conditions et formalités de souscription au contrat) de la Partie 2 et/ou de la Partie 3 et éventuellement de la Partie 4 des présentes conditions générales valant notice d'information.

Les présentes conditions générales valent notice d'information définissant les garanties et leurs modalités d'entrée en vigueur ainsi que les formalités à accomplir en cas de sinistre.

L'organisme assureur établit et remet au souscripteur un exemplaire des présentes conditions générales valant notice d'information et du tableau de garanties.

1.11. MODIFICATION DU CONTRAT

Chaque année à la date d'anniversaire du contrat, **sous réserve d'en faire la demande à l'assureur au moins TRENTE jours avant cette date**, l'assuré peut demander à modifier sa formule de garantie.

La modification du contrat prend effet après accord exprès de l'assureur matérialisé par l'établissement d'un avenant aux conditions particulières qui indique notamment la date de prise d'effet de la modification, la nouvelle formule de garantie souscrite, les bénéficiaires des garanties et la cotisation à cette date. Celle-ci sera calculée conformément aux critères mentionnés à l'article 2.1. (Assiette et montant de la cotisation) de la Partie 1. Le paiement correspondant à la nouvelle cotisation sera adapté aux nouvelles conditions.

Si l'assuré ne retourne pas l'avenant au contrat signé de l'assureur au plus tard à la date d'effet de la modification ou si l'assureur refuse la modification, l'assuré reste garanti dans les conditions prévues antérieurement à sa demande de modification.

1.12. DISPOSITIONS DIVERSES

1.12.1 Communication

Toutes les communications relatives à l'assurance et incombant au souscripteur, aux assurés ou aux ayants droit, doivent être adressées à l'adresse suivante :

Pour les garanties frais de santé et la vie du contrat :

MALAKOFF HUMANIS – Atout Santé Courtage – UG 200 – TSA 21932 – 92894 Nanterre Cedex 9.

Pour le paiement du capital décès uniquement :

MALAKOFF HUMANIS – Atout Santé Courtage – Service Prévoyance UG 88A – 1 rue Marcel Paul – 44097 Nantes Cedex 1.

Toutes les communications incombant à l'assureur seront valablement faites au dernier domicile connu en France indiqué par les assurés et / ou les ayants droit.

1.12.2 Protection des données à caractère personnel

Conformément à la réglementation européenne et française en matière de données à caractère personnel, en particulier le Règlement Général sur la Protection des Données n° 2016/679 du 27 avril 2016 (dit « RGPD ») et la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés modifiée (dite « loi Informatique et Libertés »), l'assuré et les bénéficiaires sont informés par QUATREM, ci-après désigné Malakoff Humanis, responsable du traitement des données à caractère personnel collectées, que :

Malakoff Humanis a désigné un délégué à la protection des données à caractère personnel qui peut être contacté par email à dpo@malakoffhumanis.com ou par courrier à : Malakoff Humanis, Pôle Informatique et Libertés, 21 rue Laffitte 75317 Paris Cedex 9.

1. Les données à caractère personnel de l'assuré et des bénéficiaires peuvent être collectées et traitées pour les finalités suivantes :

- la souscription, la gestion et l'exécution du contrat d'assurance ainsi que la gestion ou l'exécution de tout autre contrat souscrit auprès de Malakoff Humanis ou d'autres sociétés du groupe Malakoff Humanis ;
- la gestion des avis de l'assuré et des bénéficiaires sur les produits, services ou contenus proposés par Malakoff Humanis ou ses partenaires ;
- l'exercice des recours à la gestion des réclamations et des contentieux ;
- l'exercice du devoir de conseil compte tenu des besoins exprimés par l'assuré et les bénéficiaires ;
- l'élaboration de statistiques y compris commerciales, d'études actuarielles ou autres analyses de recherche et développement, une fois les données anonymisées par des procédés techniques permettant de s'assurer de la non ré-identification de l'assuré et des bénéficiaires ;
- l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur ; y compris celles relatives à la lutte contre le blanchiment des capitaux et au financement du terrorisme et à la lutte contre la fraude, pouvant conduire à son inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude, incluant un dispositif mutualisé des données des contrats et des sinistres déclarés auprès des assureurs, mis en œuvre par l'Agence pour la lutte contre la fraude à l'assurance (ALFA).

Malakoff Humanis s'engage à ne pas exploiter les données personnelles de l'assuré et des bénéficiaires pour d'autres finalités que celles précitées.

Sont notamment nécessaires à la passation, la gestion et à l'exécution du contrat d'assurance, les données à caractère personnel suivantes : des données d'identification, des données relatives à sa situation familiale, économique, patrimoniale et financière, professionnelle, à sa vie personnelle, à sa santé, à l'appréciation du risque, à la gestion du contrat, etc. De plus, en sa qualité d'organisme d'assurance, Malakoff Humanis utilise le NIR (dénommé couramment « numéro de sécurité sociale ») de l'assuré et des bénéficiaires pour la passation, la gestion et l'exécution des contrats d'assurance et la mise en œuvre des échanges ou traitements intéressant plusieurs acteurs de la protection sociale.

En dehors des traitements nécessaires aux fins de l'exécution des obligations en matière de protection sociale, le consentement explicite et spécifique de l'assuré et des bénéficiaires est recueilli pour permettre le traitement de données personnelles de santé, conformément à la loi Informatique et Libertés et à l'article 9 du RGPD.

Les destinataires des données à caractère personnel de l'assuré et des bénéficiaires sont, dans la limite de leurs attributions respectives et suivant les finalités réalisées : les services de Malakoff Humanis dont le personnel est en charge des traitements portant sur ces données, ainsi que les sous-traitants éventuels, les délégataires de gestion, les intermédiaires d'assurance, les réassureurs et coassureurs, les organismes professionnels habilités, les partenaires et les sociétés extérieures s'il y a lieu.

Les données de santé de l'assuré et des bénéficiaires sont destinées au Service médical de Malakoff Humanis et à toute personne placée sous la responsabilité du Service Médical, exclusivement aux fins de la passation, la gestion et à l'exécution du contrat d'assurance. Elles ne sont en aucun cas utilisées à des fins commerciales.

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

Les données à caractère personnel relatives à la santé de l'assuré et des bénéficiaires sont traitées dans des conditions garantissant leur sécurité notamment par la mise en œuvre de mesures techniques et organisationnelles renforcées.

Si des données à caractère personnel de l'assuré et des bénéficiaires venaient à être traitées chez un tiers situé dans un pays hors de l'Union européenne et ne présentant pas un niveau de protection des données personnelles reconnu adéquat par la Commission européenne, Malakoff Humanis s'assurera que le tiers s'est engagé par contrat, via les clauses contractuelles types de la Commission européenne, au respect de la réglementation européenne en matière de protection des données à caractère personnel.

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

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

2. L'assuré et les bénéficiaires disposent d'un droit de demander l'accès à leurs données à caractère personnel, la rectification ou l'effacement de celles-ci, et de décider du sort de leurs données, post-mortem. L'assuré et les bénéficiaires disposent également d'un droit de s'opposer au traitement à tout moment pour des raisons tenant à leur situation particulière de limiter le traitement dont ils font l'objet et d'un droit à la portabilité des données à caractère personnel dans les limites fixées par la loi. Ils disposent enfin de la possibilité de s'opposer, à tout moment et sans frais, à la prospection commerciale, y compris lorsque celle-ci est réalisée de manière ciblée.

Ces droits peuvent être exercés par email à dpo@malakoffhumanis.com ou par courrier à Malakoff Humanis, Pôle Informatique et Libertés, 21 rue Laffitte 75317 Paris Cedex 9.

En cas de réclamation relative à la protection des données, l'assuré et les bénéficiaires disposent également du droit de contacter la CNIL directement sur son site internet <https://www.cnil.fr/fr/agir> ou par courrier à l'adresse suivante : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés, 3 Place de Fontenoy - TSA 80715, 75334 Paris Cedex 07.

L'assuré et les bénéficiaires disposent également du droit de s'inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique gérée par la société Opposetel. Pour plus d'informations : www.bloctel.gouv.fr.

1.12.3 Organisme de contrôle de l'assureur

L'autorité chargée du contrôle de Quatrem est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), 4 place de Budapest, CS 92459, 75436 Paris Cedex 9.

1.12.4 Réclamations - Médiation - Juridiction compétente

En cas de difficultés dans l'application du contrat, le souscripteur, l'assuré et les bénéficiaires peuvent contacter dans un premier temps leur conseiller habituel ou contact habituel.

Si la demande ne trouve pas satisfaction, la réclamation peut être adressée à l'adresse suivante : reclamations.quatrem@malakoffhumanis.com ou à l'adresse suivante :

Quatrem
Pôle réclamation TSA 20002
78075 Saint Quentin en Yvelines Cedex

Lorsqu'aucune solution à un litige relatif aux garanties n'a pu être trouvée, l'assuré, le souscripteur et/ou les bénéficiaires peuvent, s'adresser à la Médiation de l'Assurance par voie électronique à l'adresse suivante : www.mediation-assurance.org ou par courrier à l'adresse suivante :

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

dans un délai maximal d'un an à compter de l'envoi de sa réclamation écrite à l'assureur et sans préjudice du droit d'agir en justice.

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

1.12.5 Subrogation

Conformément à l'article L.121-12 du Code des assurances, l'assureur est subrogé dans les droits et actions de l'assuré contre les tiers responsables à concurrence de toutes prestations à caractère indemnitaire versée en application du contrat.

TITRE II – COTISATIONS

2.1 ASSIETTE ET MONTANT DE LA COTISATION

AU TITRE DES GARANTIES FRAIS DE SANTÉ :

À la souscription, la cotisation est exprimée en euros, en fonction de la formule de garantie souscrite, de la périodicité de paiement choisie, de l'âge des bénéficiaires à la date d'effet du contrat, du département de résidence principale de l'assuré, du régime obligatoire tel que défini au Lexique, des dispositions réglementaires en vigueur.

La cotisation est déterminée selon ces critères à la date d'effet du contrat et est indiquée aux conditions particulières.

En tout état de cause, la cotisation évolue au cours du contrat, à la date d'anniversaire de la date d'effet du contrat, en fonction du lieu de résidence du souscripteur et de l'âge de chaque bénéficiaire à cette date.

En cas de modification du contrat dans les conditions mentionnées à l'article 1.11. (Modification du contrat) l'avenant aux conditions particulières indiquera la nouvelle cotisation, calculée selon les critères décrits au 1^{er} alinéa du présent paragraphe.

AU TITRE DE LA GARANTIE DÉCÈS PAR ACCIDENT DE L'ASSURÉ :

La cotisation annuelle est exprimée en euros selon le capital souscrit à la date d'effet du contrat mentionnée aux conditions particulières. Elle évolue en cas de modification du capital souscrit à la date de modification du contrat.

2.2 INDEXATION

La cotisation est indexée chaque année, à la date d'anniversaire de la date d'effet du contrat, en fonction du rapport de la dernière évolution connue de la Consommation Médicale Totale publiée dans les Comptes Nationaux de la Santé et conformément aux dispositions de l'article 1.5 (Ajustement du contrat).

2.3 MODALITÉS DE PAIEMENT

La cotisation mentionnée aux conditions particulières est payable à terme d'avance par l'assuré.

La cotisation est exigible dans les 10 jours de son échéance selon la périodicité de paiement choisie par l'assuré : mensuelle, trimestrielle, semestrielle, annuelle.

Le souscripteur est seul responsable du paiement des cotisations à l'égard de l'assureur.

Lorsque le contrat est résilié dans les conditions prévues au contrat, l'assuré n'est redevable que de la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque est couvert, cette période étant calculée jusqu'à la date d'effet de la dénonciation ou de la résiliation.

Toute taxe présente ou future, établie sur le contrat d'assurance sera mise à la charge du débiteur de la cotisation sous réserve que la récupération soit autorisée.

Les cotisations, y compris les taxes présentes ou futures et contributions éventuelles, sont payables par prélèvement automatique sur compte bancaire ou par virement bancaire.

2.4 DÉFAUT DE PAIEMENT

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

En cas de non-paiement d'une cotisation mentionnée aux conditions particulières, au terme du délai de 10 jours suivant son échéance, l'assureur adresse une lettre recommandée de mise en demeure.

Conformément aux articles L.141-3 du Code des assurances, le non-paiement d'une cotisation à l'expiration d'un délai de 40 jours suivant l'envoi de la lettre de mise en demeure, entraîne de plein droit l'exclusion de l'assuré dont le contrat se trouve alors résilié.

TITRE III – GARANTIES FRAIS MÉDICAUX ET FRAIS CHIRURGICAUX

3.1 OBJET DE LA GARANTIE

Les garanties ont pour objet le remboursement, **dans la limite des frais réellement engagés par l'assuré ou ses bénéficiaires**, de tout ou partie des dépenses occasionnées par suite de maladie, de maternité ou d'accident et **ayant donné lieu au versement de prestations en nature par le régime obligatoire, et le cas échéant du contrat complémentaire tel que défini au Lexique.**

Les actes pris en considération sont ceux référencés par le régime obligatoire aux nomenclatures définissant les actes, produits et prestations pris en charge et leurs conditions de remboursement.

Sauf mention aux conditions particulières, l'assureur ne prend pas en charge les actes non remboursés par le régime obligatoire qu'ils soient référencés ou non par cet organisme.

Si leur prise en charge est expressément prévue aux conditions particulières, les actes doivent être **prescrits et pratiqués un professionnel de santé diplômé d'état dans sa spécialité et disposant d'un numéro de SIRET ou ADELI.**

3.2 PRESTATIONS

Le montant des remboursements, déterminé acte par acte, est mentionné aux conditions particulières et s'applique dans les conditions ci-après, étant précisé que les garanties prises en compte par l'assureur pour le calcul de ces remboursements sont celles en vigueur à la date des soins retenue par le régime obligatoire.

3.2.1 Actes effectués à l'étranger

Les soins et traitements pratiqués à l'étranger ne sont pas pris en charge par l'assureur sauf lorsqu'ils ont dû être exécutés à l'étranger en cas d'urgence en quelque pays que ce soit, sous réserve que le régime obligatoire et le remboursement au titre du contrat complémentaire, soient intervenus et selon la codification qu'il a appliquée. Le montant du remboursement de l'assureur est limité à celui qui figure aux conditions particulières pour chaque acte.

3.2.2 Assurances cumulatives

Si les risques couverts par le présent contrat sont ou viennent à faire l'objet d'autres assurances, l'assuré ou ses bénéficiaires doivent en faire la déclaration à l'assureur lors de la souscription et pendant toute la durée de vie du contrat.

Les garanties de même nature produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie, quelle que soit sa date de souscription. Dans cette limite, l'assuré ou ses bénéficiaires peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de leur choix.

La contribution de chaque organisme est déterminée conformément aux dispositions de l'article L.121-4 du Code des assurances.

Le cumul des remboursements de l'assureur, du régime obligatoire, du présent contrat et de tout autre organisme ne peut excéder le montant des frais réellement engagés par l'assuré ou ses bénéficiaires tels que définis au contrat.

3.2.3 Ne sont pas pris en charge par l'assureur :

- les actes référencés ou non par le régime obligatoire et non remboursés par cet organisme, sauf mention contraire aux conditions particulières,
- les dépassements d'honoraires non déclarés au régime obligatoire par le professionnel de santé,
- les soins effectués antérieurement à la date d'effet du contrat,
- les soins effectués postérieurement à la date de résiliation du contrat ou à la date de cessation des garanties de l'assuré et de ses bénéficiaires,
- en cas de cure thermale, les frais annexes tels que notamment : téléphone, forfait internet, télévision, boissons,
- la participation forfaitaire, les franchises, la majoration du ticket modérateur prévues par le Code de la sécurité sociale et visées à l'article 4 (Précisions sur les garanties optiques, dentaires et les aides auditives) de la Partie 2 et/ou de la Partie 3,
- tout acte pris en charge par des dotations d'Etat, notamment par la dotation nationale de financement des Missions d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation, ne donne pas lieu à remboursement de notre part, même lorsque la Sécurité sociale a procédé à tort au remboursement. A ce titre, le contrat ne prend pas en charge les transports sanitaires assurés par des Structures Mobiles d'Urgence (SMUR),

- tout équipement optique composé de verres plans ne donne pas lieu à remboursement de notre part, sauf en cas d'atteinte oculaire unilatérale,
- la cigarette électronique.

3.2.4 Limitation du remboursement des chambres particulières

Sont prises en charge, dans la limite d'un forfait annuel précisé aux conditions particulières, les chambres particulières :

- expressément demandées par l'assuré ;
- dont les tarifs sont publiquement affichés ;
- faisant l'objet d'une facturation justifiée par l'établissement hospitalier.

Les chambres particulières et frais annexes en cas d'hospitalisation pour chirurgie uniquement (frais de téléphone, télévision, internet) pour la personne hospitalisée, sont remboursées dans les limites indiquées au tableau de garanties joint aux conditions particulières en fonction de la formule choisie.

En tout état de cause, **ne peuvent donner lieu à remboursement** :

- **les appartements privatifs ;**
- **les services, équipements, prestations, et accessoires supplémentaires, non pris en charge par la Sécurité sociale et non précisés au sein du tableau des garanties notamment : blanchissage, les repas et/ou boissons exigés, sans prescription médicale, par la personne hospitalisée ou ses accompagnants.**

3.2.5 Cures thermales

Sous réserve que la cure thermique soit prise en charge par le régime obligatoire et dans la limite de 18 jours de cure par an et par bénéficiaire, la garantie a pour objet le remboursement du forfait de surveillance médicale, du forfait thermal, des frais de transport et d'hébergement (dépenses extra légales au sens du régime obligatoire), mentionnés dans le tableau de garanties joint aux conditions aux conditions particulières. Les autres dépenses médicales relatives à la cure thermique sont prises en charge dans les conditions fixées au contrat pour chaque acte.

3.2.6 Médecine additionnelle et de prévention

Les garanties ont pour objet de prendre en charge, outre des actes de préventions prévus par le Code de la sécurité sociale, des actes de prévention complémentaires indiqués au tableau des garanties joint aux conditions particulières. Le montant du forfait alloué au remboursement des prestations varie selon la formule souscrite.

3.3 RÈGLEMENT DES PRESTATIONS

Le remboursement de l'assureur intervient sur présentation des décomptes du régime obligatoire sauf lorsqu'ils sont transmis informatiquement à l'assureur par cet organisme.

L'assuré ou ses bénéficiaires doivent également joindre un justificatif de frais réels (original de la facture et/ou de la prescription médicale) conformément au tableau figurant au paragraphe 3.3.3 PIÈCES JUSTIFICATIVES POUR LE PAIEMENT DES PRESTATIONS.

L'assureur se réserve la possibilité de demander toute autre justification qui lui paraîtrait nécessaire ou de missionner, le cas échéant, un de ses médecins experts afin de contrôler les déclarations qui lui sont faites.

Lors du contrôle médical, l'assuré a la faculté de se faire assister par le médecin de son choix ou d'opposer les conclusions de son médecin traitant.

Si à l'occasion d'une demande de remboursement, l'assuré ou ses bénéficiaires fournissent intentionnellement des documents faux ou dénaturés, ces derniers s'exposent à des poursuites pénales, à la nullité de leur contrat ainsi qu'à la perte de tous droits à remboursement et seront tenus au remboursement des sommes indument perçues.

En tout état de cause et conformément aux dispositions légales rappelées à l'article 1.4 (Références légales) du contrat, les demandes de remboursements sont prescrites au terme d'un délai de DEUX ans à compter de la date des soins.

3.3.1 Prise en charge hospitalière

En cas d'hospitalisation médicale ou chirurgicale de plus de 24 heures consécutives, l'assureur peut délivrer une prise en charge hospitalière au profit de l'assuré ou de l'un de ses bénéficiaires.

Ainsi, l'assureur se substitue à l'assuré ou à l'un de ses bénéficiaires, après intervention du régime obligatoire, pour le règlement des frais restant à sa charge auprès de l'établissement concerné, dans les conditions prévues aux conditions particulières **et à l'exclusion de tous les frais annexes, conformément à l'article 3.2.3 (Ne sont pas pris en charge par l'assureur) et de toute avance de prestations en nature à la charge du régime obligatoire.**

3.3.2 Tiers payant

Le contrat permet à l'assuré et à ses ayants droit de bénéficier du mécanisme de tiers payant (dispense d'avance de frais) sur les actes pratiqués par les professionnels de santé au moins à hauteur de la base de remboursement de la Sécurité sociale.

Au-delà, le bénéfice du tiers payant peut être conditionné au respect par le professionnel de santé de tarifs maximum ainsi que des tarifs contractuels, le cas échéant, dans des réseaux.

La carte de tiers payant délivrée par l'assureur doit lui être restituée sans délai lorsque l'assuré et /ou ses ayants droit cessent de bénéficier du contrat.

En cas de non-restitution, les bénéficiaires tels que définis au Lexique ou à défaut le souscripteur remboursera à l'assureur les sommes indûment perçues.

L'utilisation frauduleuse ou abusive du tiers payant par les bénéficiaires tels que définis au Lexique entraîne la cessation immédiate de ce service et la restitution par ces derniers de l'ensemble des justificatifs et des sommes indûment perçues à l'assureur.

3.3.3 Pièces justificatives pour le paiement des prestations

Sous réserve que les garanties soient souscrites, le paiement des prestations peut être subordonné à la fourniture de pièces justificatives listées dans les tableaux ci-dessous.

Le délai de remboursement prévu au contrat ne court qu'à compter de la réception de l'ensemble des pièces qui auront été demandées par l'organisme assureur.

Toute somme versée à tort sera réclamée par l'organisme assureur.

Par ailleurs, ce dernier se réserve le droit de demander toutes pièces complémentaires qu'il jugerait nécessaires, y compris après paiement des prestations.

Ces pièces justificatives sont nécessaires dans les deux cas ci-dessous :

- **Pour la liquidation de certains actes complexes :**
Lorsque le niveau de prise en charge ne peut être identifié sans la communication de codes détaillés de la nomenclature de la Sécurité sociale, l'organisme assureur appliquera le niveau minimum prévu pour le code regroupé de cette nomenclature. Toutefois, si les pièces demandées sont transmises dans les deux ans de la date des soins, l'organisme assureur procédera à la régularisation à hauteur des garanties.
- **Pour la liquidation de la totalité des actes couverts par le contrat, ponctuellement à des fins de contrôle et de lutte contre la fraude :**
Si l'assuré ne transmet pas les pièces justificatives demandées par l'organisme assureur après le paiement des prestations, il s'expose à une annulation de sa prise en charge. L'assuré devra restituer le montant des prestations indument versées.



Nature de l'intervention	Votre situation	Nous avons besoin des justificatifs suivants :
Hospitalisation Frais d'hospitalisation dont forfait hospitalier journalier et chambre particulière Dépassements d'honoraires facturés par l'Etablissement hospitalier (les dépassements d'honoraires facturés par les Praticiens n'entrent pas dans ce cadre, voir modalités dans la rubrique Soins courants ci-dessous)	Ni vous ni votre Etablissement hospitalier n'a demandé de prise en charge hospitalière à Malakoff Humanis - UG 200. Vous avez payé la totalité des frais.	Copie de la facture acquittée si le montant des actes est inférieur à 400 € (déposable sur votre Espace Assuré www.sante-espaceparticuliers.atoutmh.com) . Original de la facture acquittée si le montant des actes est supérieur à 400 € à adresser par courrier .
	Vous ou votre Etablissement hospitalier avez/a demandé une prise en charge hospitalière à Malakoff Humanis - UG 200. Votre contrat couvrirait la totalité des frais. Vous n'avez rien payé.	KALIXIA a indiqué à votre Etablissement hospitalier le montant prévu par votre contrat. Malakoff Humanis le remboursera directement sans intervention de votre part. Vous n'avez aucun justificatif à nous adresser.
	Vous ou votre Etablissement hospitalier avez/a demandé de prise en charge hospitalière à Malakoff Humanis - UG 200. Votre contrat ne couvrirait pas la totalité des frais. Vous lui avez payé le reste à charge.	Copie de la facture acquittée si le montant des actes est inférieur à 400 € (déposable sur votre Espace Assuré www.sante-espaceparticuliers.atoutmh.com) . Original de la facture acquittée si le montant des actes est supérieur à 400 € à adresser par courrier .



Nature de l'intervention	Votre situation	Nous avons besoin des justificatifs suivants :
Soins courants : Honoraires médicaux, Honoraires paramédicaux Actes d'imagerie médicale Matériel médical remboursé par le Régime Obligatoire Médicaments, vaccins Cure thermale	Vous n'avez pas utilisé votre carte Vitale et vous n'avez rien payé.	Vous n'avez aucun justificatif à nous adresser sauf si vous avez payé le ticket modérateur.
	Vous n'avez pas utilisé votre carte Vitale et vous avez payé tout ou partie des frais.	Uniquement dans le cas où vous n'avez pas demandé la mise en place de la télétransmission entre votre Régime Obligatoire et Malakoff Humanis : - Décompte du Régime Obligatoire. Dans tous les cas : - Décompte original du Régime Obligatoire si vous avez payé la part du Régime Obligatoire. - Copie de la facture acquittée si le montant des actes est inférieur à 400 € (déposable sur votre Espace Assuré www.sante-espaceparticuliers.atoutmh.com) . - Original de la facture acquittée si le montant des actes est supérieur à 400 € à adresser par courrier .
Médecine additionnelle et de prévention	Vous avez payé la totalité des frais.	Copie de la facture acquittée si le montant des actes est inférieur à 400 € (déposable sur votre Espace Assuré www.sante-espaceparticuliers.atoutmh.com) . Original de la facture acquittée si le montant des actes est supérieur à 400 € à adresser par courrier .
Soins à l'étranger pris en charge par le Régime Obligatoire	Vous avez payé la totalité des frais.	Uniquement dans le cas où vous n'avez pas demandé la mise en place de la télétransmission entre votre Régime Obligatoire et Malakoff Humanis : - Décompte original du Régime Obligatoire - Copie de la facture acquittée quel que soit le montant (déposable sur votre Espace Assuré www.sante-espaceparticuliers.atoutmh.com).



Pharmacie Auxiliaires médicaux Laboratoire Soins externes Transport (hors cure thermale)	Vous n'avez pas utilisé votre carte Vitale et votre carte de Tiers payant Malakoff Humanis.	Vous n'avez aucun justificatif à nous adresser. En cas de reste à charge, Malakoff Humanis n'interviendra pas.
	Vous n'avez pas utilisé votre carte Vitale mais pas votre carte de Tiers payant Malakoff Humanis	Uniquement dans le cas où vous n'avez pas demandé la mise en place de la télétransmission entre votre Régime Obligatoire et Malakoff Humanis : - Décompte du Régime Obligatoire. Dans tous les cas : - Copie de la facture acquittée si le montant des actes est inférieur à 400 € (déposable sur votre Espace Assuré www.sante-espaceparticuliers.atoutmh.com) . - Original de la facture acquittée si le montant des actes est supérieur à 400 € à adresser par courrier .
	Vous avez payé la totalité des frais.	Vous n'avez aucun justificatif à nous adresser. Malakoff Humanis remboursera le complément à hauteur des garanties de votre contrat.

Cures thermales : Transport et Hébergement	Quel que soit votre situation	Original de la facture acquittée quel que soit le montant à adresser par courrier .
---	-------------------------------	--



Nature de l'intervention	Votre situation	Nous avons besoin des justificatifs suivants :
Aides auditives remboursables par le Régime Obligatoire	Votre Audioprothésiste n'est pas passé par KALIXIA. Vous lui avez payé la totalité des frais.	Uniquement dans le cas où vous n'avez pas demandé la mise en place de la télétransmission entre votre Régime Obligatoire et Malakoff Humanis : - Décompte du Régime Obligatoire. Dans tous les cas : - Copie de la facture acquittée si le montant des actes est inférieur à 400 € (déposable sur votre Espace Assuré www.sante-espaceparticuliers.atoutmh.com) . - Original de la facture acquittée si le montant des actes est supérieur à 400 € à adresser par courrier .
	Votre Audioprothésiste est passé par KALIXIA. Votre contrat couvrirait la totalité des frais. Vous ne lui avez rien payé.	KALIXIA a indiqué à votre Audioprothésiste le montant prévu par votre contrat. Malakoff Humanis le remboursera directement sans intervention de votre part. Vous n'avez aucun justificatif à nous adresser.
	Votre Audioprothésiste est passé par KALIXIA. Votre contrat ne couvrirait pas la totalité des frais. Vous lui avez payé le reste à charge.	Malakoff Humanis n'interviendra pas sur le reste à charge.



Pour toutes les ordonnances délivrées après le 17/10/2016, la durée de validité de l'ordonnance médicale* est fixée à :

Verres correcteurs :

- un an, pour les moins de 16 ans
- cinq ans, pour les 16 à 42 ans
- trois ans, pour les 42 ans et +

Lentilles de contact :

- un an, pour les moins de 16 ans
- trois ans pour les 16 ans et +

*Sauf mention contraire précisée par l'ophtalmologiste

Lunettes : Montures et verres remboursables par le Régime Obligatoire Lentilles remboursables par le Régime Obligatoire	Votre Opticien n'est pas passé par KALIXIA. Vous lui avez payé la totalité des frais.	Uniquement dans le cas où vous n'avez pas demandé la mise en place de la télétransmission entre votre Régime Obligatoire et Malakoff Humanis : - Décompte du Régime Obligatoire. Dans tous les cas : - Copie de l'ordonnance, - Copie de la facture acquittée si le montant des actes est inférieur à 400 € (déposable sur votre Espace Assuré www.sante-espaceparticuliers.atoutmh.com) . - Original de la facture acquittée si le montant des actes est supérieur à 400 € à adresser par courrier . Nb. Nous acceptons la facture acquittée seule, à condition qu'elle comporte la correction optique.
	Votre Opticien est passé par KALIXIA. Votre contrat couvrirait la totalité des frais. Vous ne lui avez rien payé.	KALIXIA a indiqué à votre Opticien le montant prévu par votre contrat. Malakoff Humanis le remboursera directement sans intervention de votre part. Vous n'avez aucun justificatif à nous adresser.
Lunettes : Montures et verres remboursables par le Régime Obligatoire Lentilles remboursables par le Régime Obligatoire	Votre Opticien est passé par KALIXIA. Votre contrat ne couvrirait pas la totalité des frais. Vous lui avez payé le reste à charge.	Malakoff Humanis n'interviendra pas sur le reste à charge.
Lentilles non remboursables par le Régime Obligatoire	KALIXIA n'intervient pas pour le traitement des lentilles non remboursables, le Régime Obligatoire non plus. Vous avez payé la totalité des frais.	- Copie de l'ordonnance, - Copie de la facture acquittée si le montant des actes est inférieur à 400 € (déposable sur votre Espace Assuré www.sante-espaceparticuliers.atoutmh.com) . - Original de la facture acquittée si le montant des actes est supérieur à 400 € à adresser par courrier .



Orthodontie remboursée par le régime obligatoire : La facture doit mentionner la date de début et fin de traitement

À noter :

Une facture dentaire doit préciser le code CCAM ainsi que le numéro de dent concerné par les soins

Nature de l'intervention	Votre situation	Nous avons besoin des justificatifs suivants :
Prothèses et Orthodontie remboursables par le Régime Obligatoire	Votre Dentiste est passé par KALIXIA. Votre contrat couvrirait la totalité des frais. Vous ne lui avez rien payé.	KALIXIA a indiqué à votre Dentiste le montant prévu par votre contrat. Malakoff Humanis le remboursera directement sans intervention de votre part. Vous n'avez aucun justificatif à nous adresser.
	Votre Dentiste n'est pas passé par KALIXIA. Vous lui avez payé la totalité des frais.	Uniquement dans le cas où vous n'avez pas demandé la mise en place de la télétransmission entre votre Régime Obligatoire et Malakoff Humanis : - Décompte du Régime Obligatoire. Dans tous les cas :
	Vous avez payé la totalité des frais. Vous avez payé la part Complémentaire santé + reste à charge.	- Copie de la facture acquittée si le montant des actes est inférieur à 400 € (déposable sur votre Espace Assuré www.sante-espaceparticuliers.atoutmh.com) . - Original de la facture acquittée si le montant des actes est supérieur à 400 € à adresser par courrier .
Prothèses et Orthodontie, Implantologie, Parodontologie non remboursables par le Régime Obligatoire	Vous avez payé la totalité des frais.	- Copie de la facture acquittée si le montant des actes est inférieur à 400 € (déposable sur votre Espace Assuré www.sante-espaceparticuliers.atoutmh.com) . - Original de la facture acquittée si le montant des actes est supérieur à 400 € à adresser par courrier .

NB. Si vous n'avez pas produit votre Carte Vitale au praticien ou à l'établissement de soins, vous avez donc réglé la totalité des frais.

Il vous a été délivré une feuille de soin que devez adresser retourner à votre Organisme obligatoire.

Si vous avez demandé la télétransmission entre votre Organisme obligatoire et Malakoff Humanis, le remboursement des soins sera réalisé sous réserve de production des factures selon le tableau ci-dessus.

3.3.4. Contrôle médical

L'organisme assureur peut effectuer un contrôle pour tout assuré demandant des prestations au titre des garanties de son contrat, avant ou après le paiement des prestations.

L'organisme assureur peut avoir recours à une expertise médicale effectuée par un professionnel de santé de son choix, dont les honoraires sont à sa charge. Si l'assuré refuse de se soumettre à cette expertise, les actes, prescriptions et généralement toutes dépenses faisant l'objet de la demande d'expertise ne donneront pas lieu à prise en charge ou feront l'objet d'une restitution des sommes indûment versées.

Lors du contrôle médical, l'assuré a la faculté de se faire assister par le médecin de son choix ou d'opposer les conclusions de son médecin traitant.

En cas de contestation des conclusions de l'expertise, l'assuré devra adresser au médecin conseil ou dentiste consultant de l'organisme assureur, dans les trente jours suivants la notification, une lettre recommandée avec avis de réception mentionnant l'objet de la contestation et joindre des éléments médicaux argumentés.

Si le désaccord persiste, il sera mis en place une expertise d'arbitrage comprenant, outre ces deux médecins, un troisième désigné par leurs soins ou, s'ils n'ont pu s'accorder, par le président du tribunal compétent de la résidence de l'assuré, sur requête de la partie la plus diligente.

Chaque partie supporte les honoraires de son médecin, ceux du troisième médecin ainsi que les frais de sa désignation sont supportés à parts égales par les deux parties.

En fonction des conclusions, l'organisme assureur pourra ne pas assurer la prise en charge ou réclamer la restitution des sommes indûment versées.

PARTIE 2 – LES DISPOSITIONS SPÉCIFIQUES À LA CONVENTION N° 0032664 ATOOUT + INDIVIDUEL RESPONSABLE ET SOLIDAIRE

Les dispositions suivantes interviennent en complément des dispositions communes (Partie 1).

1. LES CONDITIONS ET LES FORMALITÉS DE SOUSCRIPTION AU CONTRAT

1.1. Conditions de souscription au contrat

Sont admissibles au contrat les personnes physiques résidant en France métropolitaine, à condition d'être affiliées au régime obligatoire de sécurité sociale française,

Et sous réserve :

– d'avoir moins de :

- Pour la souscription aux formules 1, 2, 3 : **86 ans au moment de la souscription**, l'âge étant calculé conformément aux dispositions prévues au lexique (Age de l'assuré).
- Pour la souscription aux formules 4, 5 et 6 : **81 ans au moment de la souscription**, l'âge étant calculé conformément aux dispositions prévues au lexique (Age de l'assuré).

1.2. Formalités de souscription au contrat

Le souscripteur remplit une demande d'adhésion par laquelle il précise notamment la formule de garantie qu'il souhaite parmi celles prévues à la convention, le nombre et la qualité des bénéficiaires.

L'acceptation du risque par l'assureur est constatée par l'émission de conditions particulières qui confère au souscripteur la qualité d'assuré.

Les garanties ne sont acquises que pour les assurés résidant en France métropolitaine, et remplissant les conditions rappelées au paragraphe 1.1. (Conditions de souscription au contrat) de la présente Partie 2.

Les conditions particulières précisent les caractéristiques propres au contrat, notamment, l'identité de l'assuré et des bénéficiaires définis à l'article 1.8 (Bénéficiaires des garanties santé) de la Partie 1, la date d'effet du contrat, le détail des garanties souscrites et le montant des garanties souscrites, les cotisations ainsi que les dérogations éventuelles au contrat, **étant précisé que les garanties non mentionnées aux conditions particulières ne s'appliquent pas.**

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

2. CONVENTION SOLIDAIRE ET RESPONSABLE

La présente convention est qualifiée « solidaire et responsable ».

Par « **solidaire** », on entend un contrat dont les cotisations ne sont pas fixées en fonction de l'état de santé de l'assuré.

Par « **responsable** », on entend un contrat qui répond à l'ensemble des conditions mentionnées aux articles L.871-1, R.871-1 et R.871-2 du Code de la sécurité sociale.

Il respecte en outre les critères de la couverture minimale prévus aux articles L.911-7 et D.911-1 de ce même Code.

Conformément à la réglementation, le contrat prend en charge les niveaux minimums de remboursements suivants :

- l'intégralité du ticket modérateur pour l'ensemble des dépenses de santé remboursées par l'assurance maladie obligatoire, sauf pour les frais de cure thermale, les dépenses de médicaments dont la prise en charge par l'assurance maladie est fixée à 15 % ou à 30 % et pour les spécialités et les préparations homéopathiques (ainsi que les honoraires de dispensation en lien avec ces médicaments et spécialités et préparations homéopathiques),
- la participation forfaitaire pour les actes mentionnés à l'article R.160-16 I du Code de la sécurité sociale,
- la prestation d'adaptation de l'ordonnance médicale de verre correcteur, après réalisation d'un examen de la réfraction, en cas de renouvellement par l'opticien-lunetier d'une ordonnance lorsqu'elle est associée à la prise en charge d'un équipement d'optique,
- les prestations 100 % SANTÉ précisées à l'article 4. (Précisions sur les garanties optiques, dentaires et aides auditives) de la présente Partie 2,

- l'intégralité du forfait journalier hospitalier des établissements hospitaliers prévu à l'article L.174-4 du Code de la sécurité sociale sans limitation de durée.

Lorsque le contrat prévoit la prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins n'ayant pas adhéré à l'un des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée, celle-ci s'effectue dans **la double limite de 100 % de la base de remboursement et du montant pris en charge pour les dépassements des médecins ayant adhéré à l'un des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée minoré d'un montant égal à 20 % de la base de remboursement.**

Le présent contrat prend en charge, en sus des prestations obligatoires du contrat responsable, les niveaux minimums de remboursements suivants :

- à hauteur d'au moins 125 % des tarifs servant de base au calcul des prestations d'assurance maladie, les frais de soins dentaires prothétiques et de soins d'orthopédie dento-faciale pour les actes autres que ceux mentionnés au 5° de l'article R.871-2 du Code de la sécurité sociale,
- un montant minimum pour des équipements d'optique médicale (verres et monture) de classe B (définie au paragraphe « Précisions sur l'application du 100 % santé ») soumis au remboursement de l'assurance maladie, dans la limite des frais exposés par l'assuré.

La majoration de la participation de l'assuré et les dépassements d'honoraires facturables en cas de non-respect du parcours de soins, ne sont pas pris en charge.

Par conséquent, les garanties du présent contrat respectent les obligations minimales et maximales légales et réglementaires de prise en charge.

À ce titre, il propose obligatoirement les prestations prévues dans le cadre du 100 % Santé en optique, dentaire et pour les aides auditives dans le respect du calendrier prévu par les textes.

3. PRÉCISIONS SUR LES GARANTIES OPTIQUES, DENTAIRES ET LES AIDES AUDITIVES :

1. Optique

a. Généralités

L'équipement optique est composé de deux verres et d'une monture.

Deux classes d'équipement optique sont ainsi définies :

- **L'équipement optique de « classe A »** est sans reste à charge pour l'assuré : cet équipement est remboursé aux frais réels dans la limite des prix limites de vente qui s'imposent aux opticiens pour l'application du « 100 % santé ».
- **L'équipement optique de « classe B »** : cet équipement est remboursé dans le respect des planchers et plafonds prévus dans le cadre du contrat responsable et dans les limites des garanties mentionnées dans le tableau de garanties.

Les éléments de ces équipements peuvent être mixés comme suit :

- **soit deux verres de « classe A » et une monture de « classe B »,**
- **soit deux verres de « classe B » et une monture de « classe A ».**

Si le tableau de garanties mentionne un **forfait unique**, le remboursement de l'élément de « classe B » se fera **dans la limite du plafond de « classe B »** correspondant à la correction visuelle du bénéficiaire de l'équipement, déduction faite du remboursement de l'élément de « classe A ».

Si le tableau de garanties mentionne un **forfait dédié** à chaque composante de l'équipement (verres ou monture), alors la prise en charge s'effectue **dans la limite de ces forfaits pour chaque composante.**

Les verres neutres (c'est-à-dire sans correction dont la dioptrie égale à 0) sont exclus hors condition d'appairage.

Les verres simples, complexes ou très complexes sont ainsi définis :

VERRES SIMPLES

- Verre unifocal sphérique dont la sphère est comprise entre - 6,00 et + 6,00 dioptries,
- Verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre - 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries,
- Verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries.

VERRES COMPLEXES

- Verre unifocal sphérique dont la sphère est hors zone de - 6,00 à + 6,00 dioptries,
- Verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre - 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries,
- Verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est inférieure à - 6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie,
- Verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 dioptries,
- Verre multifocal ou progressif sphérique dont la sphère est comprise entre - 4,00 et + 4,00 dioptries,
- Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre - 8,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries,
- Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries.

VERRES TRES COMPLEXES

- Verre multifocal ou progressif sphérique dont la sphère est hors zone de - 4,00 à + 4,00 dioptries,
- Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre - 8,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries,
- Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est inférieure à - 8,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie,*
- Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8,00 dioptries.

*Sphère supérieure à une dioptrie de I-8DI soit -9D

b. Les délais de renouvellement

La périodicité de renouvellement de l'équipement est appréciée à compter de la date de facturation du précédent équipement, ayant fait l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie obligatoire ou par l'assureur, depuis le 1^{er} janvier 2018.

Bénéficiaires concernés	Bénéficiaires de 16 ans et plus	Bénéficiaires de moins de 16 ans
Périodicité de renouvellement de droit commun	2 ans suivant la dernière facturation	<ul style="list-style-type: none">- 1 an suivant la dernière facturation- 6 mois pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage
Renouvellement anticipé en cas d'évolution de la vue		
Périodicité de renouvellement dérogatoire	1 an pour le renouvellement de la prise en charge d'un équipement complet (2 verres + la monture)	Renouvellement de la prise en charge possible sans délai pour l'acquisition de verres.
Cas d'application de la périodicité dérogatoire	<ul style="list-style-type: none">- variation de la sphère ou du cylindre d'au moins 0,5 dioptrie d'un verre ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des deux verres ;- variation d'au moins 0,5 dioptrie de l'addition (pour un verre) ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des deux verres, en cas de presbytie et en l'absence de variation de la vision de loin ;- somme des variations (en valeur absolue) de loin et de près d'au moins 0,5 dioptrie (pour un verre), en cas de presbytie et en présence de variation de la vision de loin ;- variation de l'axe du cylindre de plus de 20° pour un cylindre (+) inférieur ou égal à 1,00 dioptrie ; variation de l'axe du cylindre de plus de 10° pour un cylindre (+) de 1,25 à 4,00 dioptries ;- variation de l'axe du cylindre de plus de 5° pour un cylindre (+) > 4,00 dioptries.	

Constatation de l'évolution de la vue	<ul style="list-style-type: none"> - soit présentation à l'opticien d'une nouvelle prescription médicale et comparaison avec l'ancienne, - soit adaptation de la prescription médicale par l'opticien-lunetier lors d'un renouvellement de délivrance. 	Sur présentation à l'opticien d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique.
Renouvellement anticipé en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières		
Périodicité de renouvellement dérogatoire	Aucun délai de renouvellement des verres .	
Cas d'application de la périodicité dérogatoire	Cf. liste des pathologies concernées dans l'arrêté du 3 décembre 2018 parue au JO du 13/12/2018.	
Constatation de l'évolution de la vue	Présentation à l'opticien d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique avec mention de l'existence d'une situation médicale particulière.	

2. Dentaire

Trois paniers de soins prothétiques sont ainsi définis :

- Un panier « **100 % santé** » (les soins prothétiques dentaires concernés sont définis dans l'arrêté du 24 mai 2019) remboursé aux frais réels sans pouvoir excéder les honoraires limites de facturation qui s'imposent aux dentistes,
- Un panier aux **tarifs maîtrisés / modérés**, remboursé sans pouvoir excéder les honoraires limites de facturation et les garanties prévues dans le tableau de garanties,
- Un panier aux **tarifs libres**, permettant de choisir librement les techniques et les matériaux les plus sophistiqués, remboursé dans la limite des garanties prévues dans le tableau de garanties.

3. Aide auditive

Deux classes d'équipement auditif sont ainsi définies :

- L'équipement auditif de « **classe I** » sans reste à charge : cet équipement est remboursé aux frais réels sans pouvoir excéder les prix limites de vente qui s'imposent aux audioprothésistes pour l'application du 100 % santé.
- L'équipement auditif de « **classe II** » : cet équipement auditif est remboursé dans les conditions fixées dans le tableau de garanties, qui respectent le plafond de 1 700 euros prévu dans le cadre du contrat responsable. Ce plafond n'inclut pas les prestations annexes à l'aide auditive telles que le ticket modérateur des consommables, des piles ou des accessoires. En revanche, ce plafond inclut systématiquement la prise en charge du ticket modérateur ainsi que la part prise en charge par l'assurance maladie obligatoire.

La prise en charge d'une aide auditive par oreille **est limitée à une aide auditive tous les quatre ans** suivant la date de facturation de l'aide auditive, ayant fait l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie obligatoire ou par l'assureur. Le délai court indépendamment pour chaque équipement de chaque oreille.

PARTIE 3 – LES DISPOSITIONS SPÉCIFIQUES À LA CONVENTION SANTÉ : 0032665 ATOOUT + INDIVIDUEL SOLIDAIRE

Les dispositions suivantes interviennent en complément des dispositions communes (Partie 1). **La convention n° 0032665 intervient en complément de la formule 6 de la convention n° 0032664.**

1. CONDITIONS ET FORMALITÉS DE SOUSCRIPTION AU CONTRAT

1.1. Conditions de souscription au contrat

Sont admissibles au contrat les personnes physiques résidant en France métropolitaine, à condition d'être affiliés au régime obligatoire de sécurité sociale française,

Et sous réserve :

- d'avoir moins de
 - Pour la souscription aux formules 1, 2, 3 : **86 ans au moment de la souscription**, l'âge étant calculé conformément aux dispositions prévues au lexique (Age de l'assuré).
 - Pour la souscription aux formules 4, 5 et 6 : **81 ans au moment de la souscription**, l'âge étant calculé conformément aux dispositions prévues au lexique (Age de l'assuré).

1.2. Formalités de souscription au contrat

Le souscripteur remplit une demande d'adhésion par laquelle il précise notamment, le nombre et la qualité des bénéficiaires.

L'acceptation du risque par l'assureur est constatée par l'émission de conditions particulières qui confèrent au souscripteur la qualité d'assuré.

Sauf stipulations contraires précisées aux conditions particulières, les garanties ne sont acquises que pour les assurés résidant en France métropolitaine, et remplissant les conditions rappelées au paragraphe 1.1. (Conditions de souscription au contrat) de la présente Partie 3.

Les conditions particulières précisent les caractéristiques propres au contrat, notamment, l'identité de l'assuré et des bénéficiaires définis à l'article 1.8 (Bénéficiaires des garanties santé) de la Partie 1, la date d'effet du contrat, le détail des garanties souscrites et le montant des garanties souscrites, les cotisations ainsi que les dérogations éventuelles au contrat, **étant précisé que les garanties non mentionnées aux conditions particulières ne s'appliquent pas.**

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

2. CONVENTION SOLIDAIRE ET NON RESPONSABLE

Le contrat souscrit est :

- « non responsable » et en conséquence n'est pas tenu de respecter les obligations prévues aux articles L.8711, R.871-1 et R.871-2 du Code de la sécurité sociale,

Et

- « solidaire » puisque les cotisations ne sont pas fixées en fonction de l'état de santé de l'assuré.

Sauf spécificité dans les conditions particulières, si le contrat comporte des garanties optique, dentaire ou aide auditive, les définitions mentionnées à l'article 3. (Précisions sur les garanties optique, dentaire et les aides auditives) de la Partie 2 s'appliquent.

3. PRÉCISIONS SUR LES GARANTIES OPTIQUES, DENTAIRES ET LES AIDES AUDITIVES :

1. Optique

a. Généralités

L'équipement optique est composé de deux verres et d'une monture.

Deux classes d'équipement optique sont ainsi définies :

- **L'équipement optique de « classe A »** est sans reste à charge pour l'assuré : cet équipement est remboursé aux frais réels dans la limite des prix limites de vente qui s'imposent aux opticiens pour l'application du « 100 % santé ».

- **L'équipement optique de « classe B »** : cet équipement est remboursé dans le respect des planchers et plafonds prévus dans le cadre du contrat responsable et dans les limites des garanties mentionnées dans le tableau de garanties.

Les éléments de ces équipements peuvent être mixés comme suit :

- **soit deux verres de « classe A » et une monture de « classe B »**,
- **soit deux verres de « classe B » et une monture de « classe A »**.

Si le tableau de garanties mentionne un forfait unique, le remboursement de l'élément de « classe B » se fera **dans la limite du plafond de « classe B »** correspondant à la correction visuelle du bénéficiaire de l'équipement, déduction faite du remboursement de l'élément de « classe A ».

Si le tableau de garanties mentionne un **forfait dédié** à chaque composante de l'équipement (verres ou monture), alors la prise en charge s'effectue **dans la limite de ces forfaits pour chaque composante**.

Les verres neutres (c'est-à-dire sans correction dont la dioptrie égale à 0) sont exclus hors condition d'appariage. Les verres simples, complexes ou très complexes sont ainsi définis :

<p>VERRES SIMPLES</p> <ul style="list-style-type: none"> - Verre unifocal sphérique dont la sphère est comprise entre - 6,00 et + 6,00 dioptries, - Verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre - 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries, - Verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries.
<p>VERRES COMPLEXES</p> <ul style="list-style-type: none"> - Verre unifocal sphérique dont la sphère est hors zone de - 6,00 à + 6,00 dioptries, - Verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre - 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries, - Verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est inférieure à - 6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie, - Verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 dioptries, - Verre multifocal ou progressif sphérique dont la sphère est comprise entre - 4,00 et + 4,00 dioptries, - Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre - 8,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries, - Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries.
<p>VERRES TRES COMPLEXES</p> <ul style="list-style-type: none"> - Verre multifocal ou progressif sphérique dont la sphère est hors zone de - 4,00 à + 4,00 dioptries, - Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre - 8,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries, - Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est inférieure à - 8,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie,* - Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8,00 dioptries.

*Sphère supérieure à une dioptrie de 1-8DI soit -9D

b. Les délais de renouvellement

La périodicité de renouvellement de l'équipement est appréciée à compter de la date de facturation du précédent équipement, ayant fait l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie obligatoire ou par l'assureur, depuis le 1^{er} janvier 2018.

Bénéficiaires concernés	Bénéficiaires de 16 ans et plus	Bénéficiaires de moins de 16 ans
Périodicité de renouvellement de droit commun	2 ans suivant la dernière facturation	<ul style="list-style-type: none"> - 1 an suivant la dernière facturation - 6 mois pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage

Renouvellement anticipé en cas d'évolution de la vue		
Périodicité de renouvellement dérogatoire	1 an pour le renouvellement de la prise en charge d'un équipement complet (2 verres + la monture)	Renouvellement de la prise en charge possible sans délai pour l'acquisition de verres.
Cas d'application de la périodicité dérogatoire	<ul style="list-style-type: none"> - variation de la sphère ou du cylindre d'au moins 0,5 dioptrie d'un verre ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des deux verres ; - variation d'au moins 0,5 dioptrie de l'addition (pour un verre) ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des deux verres, en cas de presbytie et en l'absence de variation de la vision de loin ; - somme des variations (en valeur absolue) de loin et de près d'au moins 0,5 dioptrie (pour un verre), en cas de presbytie et en présence de variation de la vision de loin ; - variation de l'axe du cylindre de plus de 20° pour un cylindre (+) inférieur ou égal à 1,00 dioptrie ; - variation de l'axe du cylindre de plus de 10° pour un cylindre (+) de 1,25 à 4,00 dioptries ; variation de l'axe du cylindre de plus de 5° pour un cylindre (+) > 4,00 dioptries. 	
Constatation de l'évolution de la vue	<ul style="list-style-type: none"> - soit présentation à l'opticien d'une nouvelle prescription médicale et comparaison avec l'ancienne, - soit adaptation de la prescription médicale par l'opticien-lunetier lors d'un renouvellement de délivrance. 	Sur présentation à l'opticien d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique.
Renouvellement anticipé en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières		
Périodicité de renouvellement dérogatoire	Aucun délai de renouvellement des verres.	
Cas d'application de la périodicité dérogatoire	Cf. liste des pathologies concernées dans l'arrêté du 3 décembre 2018 paru au JO du 13/12/2018.	
Constatation de l'évolution de la vue	Présentation à l'opticien d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique avec mention de l'existence d'une situation médicale particulière.	

2. Dentaire

Trois paniers de soins prothétiques sont ainsi définis :

- Un panier « **100 % santé** » (les soins prothétiques dentaires concernés sont définis dans l'arrêté du 24 mai 2019) remboursé aux frais réels sans pouvoir excéder les honoraires limites de facturation qui s'imposent aux dentistes,
- Un panier aux **tarifs maîtrisés / modérés**, remboursé sans pouvoir excéder les honoraires limites de facturation et les garanties prévues dans le tableau de garanties,
- Un panier aux **tarifs libres**, permettant de choisir librement les techniques et les matériaux les plus sophistiqués, remboursé dans la limite des garanties prévues dans le tableau de garanties.

3. Aide auditive

Deux classes d'équipement auditif sont ainsi définies :

- L'équipement auditif de « **classe I** » sans reste à charge : cet équipement est remboursé aux frais réels sans pouvoir excéder les prix limites de vente qui s'imposent aux audioprothésistes pour l'application du 100 % santé.
- L'équipement auditif de « **classe II** » : cet équipement auditif est remboursé dans les conditions fixées dans le tableau de garanties, qui respectent le plafond de 1 700 euros prévu dans le cadre du contrat responsable. Ce plafond n'inclut pas les prestations annexes à l'aide auditive telles que le ticket modérateur des consommables, des piles ou des accessoires. En revanche, ce plafond inclut systématiquement la prise en charge du ticket modérateur ainsi que la part prise en charge par l'assurance maladie obligatoire.

La prise en charge d'une aide auditive par oreille **est limitée à une aide auditive tous les quatre ans** suivant la date de facturation de l'aide auditive, ayant fait l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie obligatoire ou par l'assureur. Le délai court indépendamment pour chaque équipement de chaque oreille.

Ne sont pas pris en charge par l'assureur :

- **les actes spécifiquement mentionnés au contrat,**
- **la part des remboursements prévue par le contrat complémentaire tel que défini au lexique,**
- **les minima de remboursement visés et/ou prévus à l'article D.911-1 du Code de la sécurité sociale.**

PARTIE 4 – LES DISPOSITIONS SPECIFIQUES À LA CONVENTION DÉCÈS ACCIDENTEL : 0032666 ATOUT + INDIVIDUEL

Les dispositions suivantes interviennent en complément des dispositions communes (Partie 1).

1. OBJET DU CONTRAT

Le contrat est un contrat d'assurance complémentaire à adhésion individuelle, souscrit par la personne physique remplissant les conditions définies à l'article 2 (Conditions et formalités de souscription au contrat) de la présente Partie 4. Il est souscrit en complément du contrat complémentaire tel que défini au Lexique.

L'objet du présent contrat est la couverture du risque décès par accident de l'assuré.

Est admissible au contrat le souscripteur personne physique résidant en France métropolitaine, à condition d'être affilié au régime obligatoire de Sécurité sociale française,

Et sous réserve :

- **d'avoir moins de 76 ans au moment de la souscription**, l'âge étant calculé conformément aux dispositions prévues au lexique (Age de l'assuré).

2. CONDITIONS ET FORMALITÉS DE SOUSCRIPTION AU CONTRAT

2.1. Conditions de souscription au contrat

Sont admissibles au contrat les personnes physiques résidant en France métropolitaine, à condition d'être affiliés au régime général ou local obligatoire de sécurité sociale,

Et sous réserve :

- **d'avoir moins de 76 ans** au moment de leur souscription, l'âge étant calculé conformément aux dispositions prévues au lexique,
- de bénéficier effectivement des dispositions du contrat complémentaire de la convention n° 0032664.

2.2. Formalités de souscription au contrat

Le souscripteur qui demande à souscrire au présent contrat optionnel « décès accidentel » remplit une demande d'adhésion.

L'acceptation du risque par l'assureur est constatée par l'envoi de conditions particulières qui confèrent au souscripteur la qualité d'assuré.

Le présent contrat est souscrit en complément du contrat complémentaire n° 0032664. Le souscripteur doit bénéficier effectivement du contrat complémentaire n° 0032664.

Sauf stipulations contraires précisées aux conditions particulières, les garanties ne sont acquises que pour les assurés résidant en France métropolitaine, et remplissant les conditions rappelées au paragraphe 1.1. (Conditions de souscription au contrat) de la présente Partie 4.

Les conditions particulières précisent les caractéristiques propres au contrat, notamment, l'identité de l'assuré, la date d'effet du contrat, le détail des garanties souscrites et le montant des garanties souscrites, les cotisations ainsi que les dérogations éventuelles au contrat, **étant précisé que les garanties non mentionnées aux conditions particulières ne s'appliquent pas.**

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

2.3. Cas particulier concernant la renonciation

Conformément à l'article L.132-5-1 du Code des assurances, l'assuré peut renoncer à son adhésion au présent contrat dans un délai de TRENTE jours calendaires révolus à compter du moment où il est informé que le contrat est conclu. Ce délai expire le dernier jour à VINGT-QUATRE (24) heures. S'il expire un samedi, un dimanche ou un jour férié ou chômé, il n'est pas prorogé. Cette renonciation doit être notifiée à l'assureur par lettre recommandée avec accusé de réception ou par envoi recommandé électronique accompagné des documents contractuels qui auraient été envoyés.

Dans ce cas, le versement effectué par l'assuré lui sera intégralement remboursé dans les TRENTE (30) jours calendaires révolus suivant la date de réception de la lettre recommandée ou de l'envoi recommandé électronique. Les garanties du contrat cessent de produire effet à compter du jour d'envoi de la lettre recommandée ou de l'envoi recommandé électronique de renonciation.

3. LA GARANTIE « DÉCÈS ACCIDENTEL »

Dans le cadre de l'adhésion au présent contrat optionnel n° 0032666, il est précisé que les dispositions du titre III – (Garantie Frais médicaux et chirurgicaux) de la Partie 1 ne s'appliquent pas. En revanche, les dispositions qui suivent s'appliquent de plein droit.

3.1. L'objet de la garantie « décès accidentel »

Si elle est souscrite, la garantie a pour objet de verser une prestation en cas de décès de l'assuré consécutif à un accident tel que défini au Lexique sous réserve que le décès survienne au plus tard dans les DOUZE mois qui suivent cet accident.

Il sera versé au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) au titre de la présente garantie une prestation sous forme d'un capital décès dont le montant est précisé aux conditions particulières.

Conformément à l'article 1353 du Code civil, il appartient au(x) bénéficiaire(s), d'apporter la preuve de l'accident et du lien de causalité direct entre celui-ci et le décès de l'assuré.

Il est rappelé que la présente garantie est assurée sous le numéro de convention 0032666.

3.2. Les prestations

Le montant de la prestation est choisi par le souscripteur lors de la souscription. Il ne peut être inférieur à 5 000 euros, ni supérieur à 100 000 euros. Le montant choisi est un multiple de 5 000 jusqu'à 20 000 euros. Ce montant est un multiple de 10 000 euros de 20 000 euros à 100 000 euros. Ce montant est inscrit aux conditions particulières. Il est versé aux bénéficiaires indiqués conformément aux dispositions de l'article 1.4 (Désignation des bénéficiaires de la garantie).

Engagement maximum garantie décès accidentel

Au titre de la garantie décès accidentel, le cumul des prestations versées par l'organisme assureur au titre d'un même assuré ne peut excéder quatre-vingts (80) fois le plafond annuel de la Sécurité sociale.

Dans cette limite sont compris les capitaux garantis, et le cas échéant les capitaux constitutifs des rentes à servir. Ces derniers sont calculés sur la base des tables de mortalité réglementaires TGH TGF 05.

3.3. Les modalités de revalorisation de la prestation

A compter de la date du décès de l'assuré et jusqu'à la date de réception par l'assureur des pièces nécessaires au paiement de la prestation [(article 4.7 « Pièces justificatives décès accidentel » de la présente partie)], la prestation mentionnée aux conditions particulières est revalorisée dans les conditions prévues à l'article R.132-3-1 du Code des assurances.

3.4. Désignation des bénéficiaires de la garantie

Sauf stipulation contraire faite par l'assuré, valable au jour de son décès, les prestations dues au titre de la garantie décès accidentel sont attribuées selon la clause type ci-après :

- à son conjoint survivant non divorcé ni séparé de corps judiciairement ;
- à défaut, à son partenaire de Pacte Civil de Solidarité ;
- à défaut à son concubin notoire (tel que défini dans le lexique) ;
- à défaut, par parts égales à ses enfants nés ou à naître, vivants ou représentés comme en matière de succession ;
- à défaut, à ses autres héritiers conformément à la dévolution successorale.

L'assuré a la faculté de modifier sa désignation de bénéficiaire à tout moment et notamment lorsque celle-ci n'est plus appropriée, sur un formulaire fourni par l'assureur ou sur demande écrite datée et signée de sa main.

Lorsque l'assuré désigne nommément le bénéficiaire, il doit mentionner les coordonnées de celui-ci (nom d'usage, nom de famille (de naissance), prénom(s), sexe, adresse, date et lieu de naissance (commune, code postal, pays), adresse complète). Elles seront utilisées par l'assureur pour le paiement de la prestation.

Cette désignation peut également faire l'objet d'un acte sous seing privé ou d'un acte authentique.

Toute désignation devient irrévocable dès qu'elle a fait l'objet d'une acceptation expresse de la part du bénéficiaire désigné, dans les conditions prévues à l'article L.132-9 du Code des assurances, à savoir notamment, par :

- avenant signé par l'assureur, le bénéficiaire et l'assuré ;
- acte authentique ou sous seing privé, signé de l'assuré et du bénéficiaire, qui n'aura d'effet à l'égard de l'assureur que lorsqu'il lui aura été notifié par écrit ;
- toute désignation, acceptation ou changement de désignation de bénéficiaire non porté à la connaissance de l'assureur ou de son représentant lui est inopposable.

3.5. Exclusions de la garantie décès accidentel

Sont exclus de la garantie décès accidentel les sinistres résultant des faits suivants :

- de faits intentionnels provoqués par l'assuré,
- de la guerre étrangère ou de la guerre civile (que la guerre soit déclarée ou non),
- d'émeutes, d'insurrections, d'attentats, d'actes de terrorisme, ou de sabotages quel que soit le lieu où se déroulent les faits et quels qu'en soient les protagonistes dès lors que l'assuré y prend une part active,
- des conséquences de la participation volontaire et violente de l'assuré à des événements tels que rassemblements, manifestations sur la voie publique, mouvements populaires, rixes, jeux et paris, sauf si le participant est en état de légitime défense,
- de la fabrication et manipulation d'explosifs, de munitions ou de feux d'artifices,
- de la désintégration du noyau atomique ou de radiations ionisantes, quelles qu'en soient l'origine et l'intensité,
- d'un déplacement ou séjour dans une zone, une région ou un pays formellement déconseillé ou déconseillé sauf raison impérative par le ministère des Affaires étrangères, sauf accord exprès de l'organisme assureur sur la base des déclarations du souscripteur dans les conditions exposées au contrat,
- pour l'assuré déjà présent sur les lieux au moment de l'inscription dans la liste des pays/région et/ou zone formellement déconseillés ou déconseillés sauf raison impérative, l'exclusion ne s'applique qu'après un délai de quatorze jours après l'inscription dudit pays/région et/ou zone,
- d'un état d'imprégnation alcoolique, s'il est révélé qu'au moment de l'Accident, l'assuré avait une concentration d'alcool dans le sang ou dans l'air expiré égale ou supérieure au taux réglementaire en vigueur au jour du sinistre défini à l'article R. 234-1 du Code de la route, si l'assuré est reconnu comme étant responsable de l'accident,
- d'usage de produits toxiques, ainsi que de stupéfiants, de psychotropes et plus généralement de toutes substances médicamenteuses, en l'absence ou en dehors des limites de la prescription médicale délivrée à l'assuré et valable à la date de l'évènement,
- de la navigation aérienne de l'assuré :
 - à bord d'un appareil non muni d'un certificat valable de navigabilité ou piloté par une personne ne possédant ni brevet, ni licence ou titulaire d'un brevet ou d'une licence périmée, le pilote pouvant être l'assuré lui-même,
 - avec utilisation d'un deltaplane, d'un parapente, d'une montgolfière, d'un appareil ultra léger motorisé (U.L.M) -de la pratique du saut à l'élastique, de saut en parachute ou tout engin ou pratique assimilés, sauf si ces pratiques ont été encadrées lors d'une initiation, d'un baptême ou d'une découverte et que la pratique de l'activité a fait l'objet d'un encadrement par du personnel qualifié, titulaire des brevets et autorisations réglementaires nécessaires à un tel encadrement, et avec l'utilisation de matériel homologué,
 - au cours d'un meeting, d'un raid sportif, d'un vol acrobatique, de vols sur prototypes d'une tentative de record, d'un essai préparatoire, d'un essai de réception, d'une compétition organisée dans un cadre officiel ou privé,
- de la participation dans un cadre officiel ou privé, à des concours ou essais, courses, matchs, compétitions, acrobaties, démonstration, lorsque cette participation comporte l'utilisation de véhicules, d'embarcations à moteur,
- de la conduite d'un véhicule terrestre ou maritime à moteur en l'absence de permis en état de validité tel qu'exigé par la réglementation, lorsque celle-ci impose d'en être titulaire,
- de la pratique de toute activité sportive non représentée par une fédération sportive,
- de la pratique de sports à titre professionnel,
- de la pratique de toute activité sportive sans respecter les règles élémentaires de sécurité recommandées par les pouvoirs publics ou par la fédération du sport correspondant à l'activité,
- d'activités proposées dans le cadre d'un parc de loisirs, parc d'attractions, fête foraine, en cas de non-respect des consignes de sécurité affichées ou annoncées,
- d'activités professionnelles dans les airs sous la mer et/ou sous la terre.

L'assuré ou le bénéficiaire de la prestation est déchu de tout droit à indemnisation au titre du sinistre concerné : s'il fait volontairement une fausse déclaration de sinistre ou à l'occasion d'un sinistre, portant sur la date, la nature, les causes, les circonstances ou les conséquences du sinistre, s'il fournit ou utilise sciemment des renseignements ou des documents inexacts, fabriqués ou falsifiés comme justificatifs ou use d'autres moyens frauduleux en vue d'obtenir le versement des prestations. Il s'expose également à des poursuites pénales de la part de l'organisme assureur.

3.6. Cessation de la garantie

- **En plus des conditions décrites en Partie 1, la garantie décès accident cesse le jour du QUATRE-VINGT-UNIÈME (81) anniversaire de l'assuré.**

Toute omission, réticence, fausse déclaration intentionnelle ou non dans les informations qui seront fournies à l'assureur expose les Bénéficiaires à une déchéance des garanties.

3.7. Pièces justificatives décès accidentel

Le décès par accident doit être déclaré dans les meilleurs délais en adressant à l'assureur les pièces justificatives suivantes :

- déclaration de décès fournie par l'assureur dûment complétée,
- extrait de l'acte de décès de l'assuré avec mentions marginales,
- extrait d'acte de naissance de l'assuré datant de moins de 3 mois comportant les mentions marginales et établi postérieurement au décès de l'assuré,
- copie de la Carte Nationale d'Identité datée et signée ou passeport en vigueur des bénéficiaires,
- toute pièces officielles relatant les circonstances particulières dans lesquelles est survenu l'événement ouvrant à prestation et prouvant l'origine accidentelle de celui-ci (procès-verbal de police, de gendarmerie, du procureur de la république, le cas échéant une coupure de presse relatant l'accident) – prouvant le lien de causalité entre ledit événement et l'accident,
- le Relevé d'Identité Bancaire (RIB) ou Relevé d'Identité Caisse d'Epargne (RICE) des bénéficiaires.

L'organisme assureur se réserve le droit de demander toutes pièces complémentaires qu'il jugerait nécessaire y compris après paiement des prestations. Toute somme indûment versée sera réclamée par l'organisme assureur.

L'organisme assureur ne peut se trouver engagé que par les déclarations et pièces qui lui seront transmises.



QUATREM
SA au capital de 510 426 261 €
Entreprise régie par le Code des assurances
Siège social : 21 rue Laffitte 75009 Paris
412 367 724 RCS Paris
Société du groupe Malakoff Humanis



MHC-16809_2105