

DISPOSITIONS GENERALES

PREAMBULE

Le contrat d'assurance N° AC481527 est régi par le Code des assurances et par la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989.

Il se compose des documents suivants :

- Les présentes Dispositions Générales, qui définissent les garanties, les engagements réciproques ainsi que les dispositions relatives à la vie du contrat,

- Les Dispositions particulières, qui retracent les éléments personnels de l'assuré, ses déclarations et les garanties qu'il a souscrites et qui incluent le tableau des garanties, qui détaille l'ensemble des postes de remboursements et leurs montants,

L'ensemble de ces documents constitue de façon indissociable le contrat auquel les parties s'engagent ; elles ne pourront se prévaloir de l'un d'entre eux séparément de tous les autres.

L'assureur des garanties Frais de Santé est L'ÉQUITÉ, Entreprise régie par le Code des assurances ; Société anonyme sise 7 boulevard Haussmann 75442 Paris cedex 09, RCS PARIS B 572 084 697.

Cette société appartient au Groupe GENERALI immatriculé sur le registre italien des Groupes d'Assurances sous le numéro 026.

Le contrat est soumis à la Loi Française et toute action judiciaire y afférente sera du ressort exclusif des tribunaux français.

OBJET DU CONTRAT

Le présent contrat a pour objet le versement de prestations complémentaires à celles du Régime Obligatoire pour les frais médicaux, chirurgicaux ou d'hospitalisation occasionnés par un accident, une maladie ou une maternité engagés par les assurés.

CONDITIONS DE SOUSCRIPTION

L'admission à la présente assurance en qualité d'Assuré est réservée aux personnes physiques,

âgées de moins de 80 ans à la date de signature de la demande de souscription selon les cibles suivantes :

Célibataire	Famille	Sénior
18 à 55 ans inclus	18 à 55 ans inclus (pour les 2 conjoints)	De 56 à 80 ans

MODALITÉS DE SOUSCRIPTION

Le demandeur, après avoir pris connaissance des présentes Dispositions Générales et du tableau des garanties, remplira avec soin une demande de souscription.

Il devra désigner ses éventuels ayant droits, parmi :

- son conjoint,
 - personne avec laquelle il est mariée non divorcée et non séparée de corps judiciairement
 - son concubin, sous réserve de la production d'un justificatif de concubinage ou de vie commune
 - son partenaire, sous réserve de la production d'une attestation d'inscription de la déclaration du Pacte Civil de Solidarité
- les enfants,
 - âgés de moins de 18 ans, reconnus à sa charge ou à celle de son conjoint au sens du régime obligatoire,
 - âgés de 18 à 26 ans inclus, sous réserve :
 - qu'ils produisent un justificatif annuel de scolarité et n'exercent pas d'emploi rémunéré à caractère permanent,
 - qu'ils soient en formation en alternance ou en contrat d'apprentissage, sous réserve de justificatif,
 - qu'ils soient inscrits au Pôle Emploi en tant que primo demandeur d'emploi,
 - sans limite d'âge en cas de situation de handicap reconnue et justifiée.
- les ascendants, descendants ou collatéraux, à condition qu'ils soient reconnus à charge par le régime obligatoire de l'assuré ou celui de son conjoint.

Il devra également mentionner les garanties qu'il a choisies.

Le demandeur a la possibilité de moduler sa gamme, en choisissant les 5 blocs de garanties séparément avec 2 formules d'écart au maximum entre le bloc le plus bas et le plus haut, ou bien il peut privilégier le choix d'une formule packagée (même niveau pour tous les blocs).

L'ÉQUITÉ

Société anonyme au capital de 15 569 320 euros, régie par le Code des Assurances - R.C.S. PARIS B 572 084 697
Société appartenant au Groupe GENERALI immatriculé sur le registre italien des groupes d'assurances sous le numéro 026.

Les garanties choisies seront ensuite identiques pour les ayants droits.

Aucune formalité médicale n'est exigée en cas de souscription au contrat, qu'elle que soit les garanties choisies.

PRISE D'EFFET ET DUREE DU CONTRAT

Le contrat est réputé conclu à la date d'émission du certificat de souscription et prend effet à la date indiquée sur ce dernier.

La date d'échéance du contrat est le 31 décembre de l'année civile. Ainsi en cas de souscription prenant effet à une date autre que celles du 1er janvier, le contrat est conclu pour une 1ere période, inférieure à une année, courant de la date d'effet du contrat jusqu'au 31 décembre de l'année. Il est reconduit ensuite pour une durée annuelle avec une possibilité de résiliation, à la date d'échéance du contrat ou en cours d'année comme précisé au paragraphe « RÉSILIATION DU CONTRAT ».

Sauf dispositions contraires, il se renouvelle chaque année de façon automatique à la date d'échéance soit au 1^{er} janvier de chaque année comme indiquée sur le certificat de souscription.

Néanmoins, les garanties d'assurance auront, sous réserve du paiement intégral des cotisations, et sous l'expresse condition qu'une réglementation impérative l'impose, un caractère viager dès la souscription.

RÉSILIATION DU CONTRAT

Le contrat peut être résilié dans les circonstances et les délais indiqués dans le tableau en annexe 1.

> Formes de la résiliation

Lorsque la résiliation vient de l'assuré, elle doit se faire par lettre recommandée ou par déclaration faite contre récépissé à AssurOne Group - 2/4 Boulevard de la Gare - 95210 Saint Gratien.

Lorsque la résiliation est de notre fait, elle doit se faire par lettre recommandée, envoyée à son dernier domicile connu.

> Conséquences de la résiliation

Notre garantie reste acquise pour tous les soins et traitements en cours jusqu'à la date de prise d'effet de la résiliation.

DECLARATIONS

Les déclarations tant à la souscription qu'en cours de contrat, sont faites par l'assuré pour son compte et celui de ses ayants-droit auxquels elles sont opposables.

Ces déclarations sont importantes pour l'élaboration et l'évolution du contrat et l'assuré doit fournir des réponses exactes.

> À la souscription

L'assuré doit répondre avec précision aux questions et demandes de renseignements figurant sur la demande de souscription.

> En cours de contrat

L'assuré doit déclarer, pour toute personne couverte par le contrat, tout événement modifiant les déclarations faites lors de la Souscription et qui aurait pour effet de les rendre inexacts ou caduques et notamment :

- Un changement d'état civil,
- Une cessation ou un changement d'affiliation d'un des Bénéficiaires au Régime Obligatoire,
- Un changement de domicile ou un départ hors de France métropolitaine pour une durée supérieure à un an,
- La survenance d'un événement entraînant la cessation de qualité d'ayant droit,
- Un changement de profession ou une cessation d'activité professionnelle,
- Un changement de compte bancaire ou postal pour le prélèvement des cotisations et/ou le virement des prestations,
- L'existence ou la cessation de garanties de même nature souscrites auprès d'autres assureurs.

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

En cas de réticence ou fausse déclaration intentionnelle modifiant l'appréciation du risque assuré, le contrat est nul et la prime payée demeure acquise à titre de pénalité. En cas d'omission ou déclaration inexacte non intentionnelle, constatée avant sinistre, l'assureur pourra résilier le contrat avec un préavis de 10 jours en restituant à l'assuré le prorata de prime ou augmenter la prime à due proportion. Si cette omission ou fausse déclaration non intentionnelle est constatée après un sinistre, l'indemnité sera réduite à proportion de la part de prime payée rapportée à ce qu'elle aurait dû être si l'assureur avait eu connaissance exacte de la situation de l'assuré.

L'EQUITE

Société anonyme au capital de 15 569 320 euros, régie par le Code des Assurances - R.C.S. PARIS B 572 084 697
Société appartenant au Groupe GENERALI immatriculé sur le registre italien des groupes d'assurances sous le numéro 026.

CONDITIONS DES GARANTIES

Pour bénéficier des garanties, les assurés doivent être affiliés ou ayant-droits d'un affilié à un Régime Obligatoire français.

Seules sont garanties les dépenses de santé engagées entre les dates d'effet et de résiliation du contrat.

En outre, pour les soins et les prothèses dentaires, les dates de proposition et d'exécution des travaux doivent être également situées dans la période de garantie.

PRISE D'EFFET DES GARANTIES

Les garanties du contrat sont acquises à compter de la date d'effet mentionnée sur le certificat de souscription, sous réserve de l'encaissement effectif de la première prime et de la signature de la demande de souscription.

ETENDUE TERRITORIALE DE LA GARANTIE

Les garanties d'assurance (frais médicaux, chirurgicaux et d'hospitalisation) s'exercent en France métropolitaine et dans la principauté de Monaco.

Elles s'étendent aux accidents survenus et maladies contractées à l'Étranger lors de voyages ou de séjours, si le Régime Obligatoire français d'assurance maladie de l'assuré s'applique. Le règlement des prestations est effectué dans tous les cas en France et en euros.

GARANTIES ET MONTANT DES REMBOURSEMENTS

Les garanties sont synthétisées dans le tableau de garanties en cinq blocs :
Bloc 1 : Hospitalisation
Bloc 2 : Soins de ville
Bloc 3 : Dentaire
Bloc 4 : Optique
Bloc 5 : Actes non pris en charges par la Sécurité Sociale

> Nature des prestations :

- a - **Honoraires médicaux** : consultation ou visite ou tout acte technique réalisé à cette occasion par le médecin généraliste ou spécialiste, chirurgien-dentiste, sage-femme, ostéopathe, chiropracteur...;
- b - **Prescriptions** : frais pharmaceutiques, de laboratoires, vaccins, auxiliaires médicaux, actes d'imagerie (radiologie, ostéodensitométrie), appareillage (orthèses, prothèses, auditif...);

c - **Autres soins** : cure thermale acceptée par la Sécurité Sociale, transports ;

d - **Dentaire, Optique** : actes techniques (orthodontie, prothèse, soins conservateurs), verre, lentille, monture, chirurgie laser. Les plafonds dentaires, tels qu'ils sont indiqués sur les grilles de garantie, sont délivrés par année de souscription.

e - **Hospitalisation** : honoraires (secteur public et privé) - frais de séjour ou frais d'hébergement médecine, chirurgie, salle d'opération ou d'anesthésie, supplément chambre particulière, forfait journalier, et tout acte technique réalisé au cours du séjour hospitalisé réalisé - frais accompagnant - cure hospitalisée.

Dans tous les cas, sont exclus de nos remboursements tous les frais relatifs au placement dans les services de long séjour, des structures spécialisées telles que notamment l'AFT (Accueil Famille Thérapeutique) et la MAS (Maison d'Accueil Spécialisée).

f - **Indemnité forfaitaire maternité** : les frais normaux de maternité inhérents à la naissance, pris en charge par les assurances sociales au titre de l'assurance maternité, ouvrent droit, sur présentation de l'extrait de naissance à une indemnité forfaitaire dont le montant est fixé au contrat de souscription. Cette indemnité est accordée sur production des pièces justificatives nécessaires.

g - **Actes non pris en charge par la Sécurité Sociale** : les médecines naturelles (ostéopathe, étio-pathe, pédicure-podologue, chiropracteur, acuponcteur, diététicien diplômé); forfait implantologie; forfait parodontie/orthodontie; forfait scellement des sillons/dent. Ils ouvrent droit à remboursement sur présentation d'une facture acquittée.

Dans les conditions et limites de remboursements des garanties choisies et mentionnées au certificat de souscription, l'assureur peut prendre en charge :

- les frais ayant préalablement donné lieu à un remboursement par le Régime Obligatoire d'Assurance maladie français,
- les frais non remboursés par le Régime obligatoire, faisant l'objet d'une prise en charge.

> Montant des remboursements :

Les montants de remboursements s'entendent :
• Après déduction du remboursement du Régime Obligatoire lorsqu'il intervient,
• Dans la limite du niveau de remboursement indiqué dans le tableau de garantie joint au contrat.

Les montants de remboursements figurant dans le tableau des garanties sont exprimés, suivant le cas :

- En pourcentage du tarif de responsabilité en vigueur fixé par le Régime Obligatoire : Tarif de Convention (TC) en secteur conventionné ou Tarif d'Autorité (TA) en secteur non conventionné,
- En Frais réels (FR),
- Sous la forme de montant annuel exprimé en euros. Ces montants représentent des plafonds de

L'EQUITE

Société anonyme au capital de 15 569 320 euros, régie par le Code des Assurances - R.C.S. PARIS B 572 084 697
Société appartenant au Groupe GENERALI immatriculé sur le registre italien des groupes d'assurances sous le numéro 026.

garantie par année d'assurance (à compter de la date d'effet déduction faite des éventuels délais d'attente) et par Bénéficiaire et ne peuvent être dépassés. Ils se renouvellent chaque année à la date d'effet du contrat et ne sont pas cumulables d'une année sur l'autre,

Le tarif en vigueur de référence pour le calcul des prestations est celui à la date des soins.

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

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

LIMITES PARTICULIERES DE GARANTIES

> **Limitation de l'hospitalisation en milieu spécialisé (Psychiatrie et assimilée)**

L'hospitalisation en service psychiatrique, les cures de désintoxication en cas d'alcoolisme ou de toxicomanie sont prises en charge dans la limite de 30 jours par année d'assurance et par assuré. La prestation est versée selon la formule souscrite sous déduction du remboursement du Régime Obligatoire avec prise en charge du forfait hospitalier et de la chambre particulière.

> **Limitation de l'hospitalisation à domicile**

L'hospitalisation à domicile, avec accord de la Sécurité sociale, est prise en charge dans la limite de 90 jours par année d'assurance et par assuré (sur la base du tarif de convention et sous déduction du remboursement du Régime Obligatoire).

DELAIS D'ATTENTE

Le droit aux prestations prend effet, soit immédiatement après la souscription, soit à l'issue d'un délai d'attente déterminé.

La souscription s'effectue sans délai d'attente :

- en cas de changement de garantie ;
- dès lors qu'il y a présentation d'un certificat de radiation délivré par l'organisme complémentaire précédent (mutuelle ou assurance), sous réserve du délai d'attente de 6 mois pour « les actes non pris en charge par la Sécurité Sociale », à l'exception des actes de prévention, des actes et examens gynécologiques et la fécondation in vitro. Ledit certificat doit être adressé par le membre participant ou l'ayant droit concerné dans un délai de six mois à compter de sa date de souscription.

Le délai d'attente sera levé dès réception de ce document ;

- pour les personnes âgées de moins de 65 ans, sous réserve du délai d'attente de 6 mois pour « les actes non pris en charge par la Sécurité Sociale », à l'exception des actes de prévention, des actes et examens gynécologiques et la fécondation in vitro.

La souscription s'effectue avec un délai d'attente :

- de 6 mois, quel que soit l'âge, pour l'ensemble des actes mentionnés dans « les actes non pris en charge par la Sécurité Sociale », à l'exception des actes de prévention, des actes et examens gynécologiques et la fécondation in vitro.

La souscription s'effectue avec un délai d'attente pour les personnes âgées de 65 ans et plus.

Ce délai d'attente est de :

- 3 mois sur la garantie Hospitalisation en cas de maladie ;
- 9 mois sur la garantie Dentaire et Optique.

La prise d'effet des garanties, suivant la nature des prestations, est précisée sur la « carte de tiers payant »

EXCLUSIONS

Les exclusions ci-dessous s'appliquent à toutes les garanties d'assurance à l'exception des garanties minimum des contrats responsables précisées à l'article « CADRE JURIDIQUE DU CONTRAT DIT RESPONSABLE ».

Ne sont pas remboursés :

- les actes ne figurant pas sur la liste des actes professionnels sauf cas particuliers prévus au contrat ;
- les actes indemnisables au titre d'assurances spéciales obligatoires (accidents de la circulation avec tiers identifié...);

Les garanties ne s'exercent pas en cas :

- de guerre civile ou étrangère,
- de désintégration du noyau atomique ou de radiations ionisantes,
- de traitements ou interventions chirurgicales dans un but de rajeunissement ou esthétique,
- d'une aggravation due à l'inobservation intentionnelle par l'Assuré des prescriptions du médecin.

Sont également applicables les exclusions imposées par le dispositif législatif des contrats dits «responsables» et mentionnées à l'article « CADRE JURIDIQUE DU CONTRAT DIT RESPONSABLE ».

CADRE JURIDIQUE DU CONTRAT DIT RESPONSABLE

Le contrat s'inscrit dans le cadre du dispositif législatif relatif aux contrats d'assurance

L'EQUITE

Société anonyme au capital de 15 569 320 euros, régie par le Code des Assurances - R.C.S. PARIS B 572 084 697
Société appartenant au Groupe GENERALI immatriculé sur le registre italien des groupes d'assurances sous le numéro 026.

complémentaire santé dits «contrats responsables» (article 57 de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 et différents décrets et arrêtés).

Ainsi, dans le cadre du parcours de soins, le contrat doit notamment prendre en charge :

- Au moins 30 % de la Base de Remboursement de la Sécurité sociale des honoraires des médecins,
- Au moins 30 % de la Base de Remboursement de la Sécurité sociale pour les médicaments à vignette blanche remboursés à 65 % par la Sécurité sociale,
- Au moins 35 % de la Base de Remboursement de la Sécurité sociale pour les frais d'analyse ou de laboratoire,
- La totalité du ticket modérateur pour au moins deux prestations de prévention figurant sur la liste ministériel du 8 juin 2006.

Le cas échéant, les taux de prise en charge minimale mentionnés ci-dessus sont réduits afin que notre prise en charge ne puisse excéder les frais exposés.

Dans le cadre du dispositif législatif relatif aux «contrats responsables», le contrat ne rembourse pas les frais supplémentaires à la charge de l'assuré du fait du non respect du parcours de soins, à savoir :

- La majoration du ticket modérateur en application de l'article L 162-5-3 du Code de la Sécurité sociale en cas de non désignation d'un médecin traitant ou en cas de consultation d'un autre médecin sans prescription du médecin traitant,
- Les dépassements d'honoraires prévus à l'article L 162-5-18° du Code de la Sécurité sociale.

Dans tous les cas, le contrat ne prend pas en charge :

- La contribution forfaitaire mentionnée au II de l'article L 322-2 du Code de la Sécurité sociale,
- Le montant de la franchise instaurée en application du III de l'article L 322-2 du Code de la Sécurité sociale.

En cas d'évolution de la réglementation régissant les «contrats responsables», les garanties du contrat feront l'objet de modifications pour rester en conformité avec ce cadre juridique, après information préalable de l'assuré.

MODIFICATIONS DES GARANTIES

> À la demande de l'assuré

Les modifications de garantie sur simple demande de l'assuré ne sont possibles qu'à la date échéance du contrat sauf conditions dérogatoires

(déménagement, modification de l'état civil, naissance, décès).

> À l'initiative de l'Assureur

Le contrat peut être modifié sur proposition de l'Assureur, notamment dans les hypothèses suivantes :

- Si l'Assureur modifie la cotisation à l'échéance du contrat (article « COTISATIONS »),
- Afin de mise en conformité avec les dispositions réglementaires régissant les contrats «responsables» (article « Cadre juridique du contrat dit responsable») : dans ce cas, l'assuré sera informé par écrit des modifications apportées ou susceptibles d'être apportées aux droits et obligations des Assurés au moins deux mois avant la date prévue de leur entrée en vigueur, à moins que les délais réglementaires ne permettent pas de respecter un tel délai.

L'assuré sera informé par courrier simple, l'Assureur étant expressément dispensé de recourir à un envoi recommandé. L'assuré ne pourra exiger comme moyen de preuve de cette information l'envoi d'un courrier recommandé. En cas de refus d'une modification par l'assuré, celui-ci peut résilier le contrat dans le mois qui suit la réception de l'information. La prime ou le prorata de prime restera dû sur les bases existantes jusqu'à la date d'effet de cette résiliation.

Ces modifications sont applicables aux assurés sous réserve du consentement de l'assuré dans les conditions ci-après. Ce consentement peut être prouvé par tout moyen de droit. De convention expresse, le consentement de l'assuré est réputé acquis par le paiement sans réserve de la cotisation faisant suite à ces modifications, de même qu'en cas de prélèvement bancaire n'ayant soulevé ni réserve ni opposition formulée auprès de l'Assureur dans les trente jours suivant son exécution. En cas de refus d'une modification par l'assuré, celui-ci peut résilier le contrat dans le mois qui suit la réception de l'information. La prime ou le prorata de prime restera dû sur les bases existantes jusqu'à la date d'effet de cette résiliation.

AJOUT OU RETRAIT DE BENEFICIAIRES

> En cours de contrat, à l'échéance du contrat

L'assuré a la possibilité de demander, par écrit, l'ajout ou le retrait d'un ayant droit à la date échéance au 1^{er} janvier de chaque année du contrat, en prévenant l'Assureur deux mois à l'avance.

> En cours de contrat, hors échéance contrat

Si un événement survient en cours d'année entraînant l'acquisition de la qualité d'ayant droit, d'une personne que l'assuré souhaite assurer, il doit adresser une demande écrite à cet effet :

L'EQUITE

Société anonyme au capital de 15 569 320 euros, régie par le Code des Assurances - R.C.S. PARIS B 572 084 697
Société appartenant au Groupe GENERALI immatriculé sur le registre italien des groupes d'assurances sous le numéro 026.

- Dans un délai de 2 mois suivant cet événement s'il s'agit d'une naissance ou d'une adoption,
- Dans un délai de 15 jours suivant cet événement pour les autres demandes.

Sous réserve des pièces justifiant de la date de l'événement et des conditions permettant d'être désigné comme ayant droit, la modification du contrat prendra alors effet :

- À la date de naissance du nouveau-né,
- À la date de jugement d'un enfant adopté,
- À la date de l'union avec son conjoint,
- À la date de séparation ou de divorce,
- À la date de radiation d'un contrat de même nature prévoyant des garanties similaires (sous réserve de la production d'un Certificat de radiation).

Si la demande est formulée au-delà des délais ci-dessus, la modification du contrat prendra effet à la date de réception de la demande, sous réserve de la production des pièces justificatives.

Si un événement survient en cours d'année entraînant la perte de la qualité d'ayant droit, l'assuré doit le déclarer par écrit dans les 15 jours suivant cet événement. La modification du contrat prendra effet, sous réserve de la production des pièces justifiant de la date de l'événement et de la fin des conditions permettant d'être désigné comme ayant droit :

- À la date du décès,
- À la date de séparation ou de divorce,
- À la date de cessation ou de changement d'affiliation au Régime Obligatoire.

Si des prestations ont été versées au-delà de ce délai, l'Assureur pourra demander à l'assuré le remboursement des prestations indûment réglées pour cet ayant droit.

Si un des ayants-droit ne remplissait plus les conditions prévues pour être Bénéficiaire, les garanties cesseraient de plein droit et sans formalité pour celui-ci.

En cas d'ajout ou de sortie de Bénéficiaire, la cotisation sera ajustée en conséquence à compter de la date d'effet de l'avenant constatant cette modification. La différence de cotisation sera mentionnée dans l'avenant.

S'il s'agit d'un supplément à acquitter, celui-ci devra être réglé à l'Assureur conformément aux dispositions de l'article «COTISATIONS». S'il s'agit d'une ristourne en faveur de l'assuré, celle-ci lui sera réglée sous réserve de l'absence d'arriéré de prime à compenser.

ADAPTATION DU CONTRAT PAR SUITE DE MODIFICATION DU REGIME DE BASE DE LA SECURITE SOCIALE

Les garanties du présent contrat, sa tarification et les modalités de mise en jeu de l'assurance ont été fixées compte tenu des dispositions de la Sécurité sociale en vigueur lors de sa prise d'effet.

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

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

PRESTATIONS

> Télétransmission

La transmission des décomptes de remboursements des assurés bénéficiaires peut être effectuée directement par les caisses d'assurance maladie, sous forme d'échange de données informatiques.

Si l'assuré ne souhaite pas bénéficier du service de la télétransmission automatique, il peut faire connaître son refus à tout moment en écrivant à AssurOne Group - 2/4 Boulevard de la Gare - 95210 Saint Gratien.

L'assuré bénéficiant de la télétransmission de ses décomptes de remboursements pourra envoyer ses justificatifs complémentaires, avant même le remboursement de la Sécurité sociale.

En cas de rejet de la télétransmission, l'assuré sera amené à transmettre l'original de son décompte.

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

> Tiers payant

Le contrat permet de bénéficier des avantages d'une carte de tiers payant.

Pour les dépenses de pharmacie remboursables par la Sécurité sociale, l'assuré est dispensé du paiement du ticket modérateur.

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

La carte de Tiers payant permet également de bénéficier d'une prise en charge dans la limite de la garantie souscrite, en cas d'hospitalisation en France

L'EQUITE

Société anonyme au capital de 15 569 320 euros, régie par le Code des Assurances - R.C.S. PARIS B 572 084 697
Société appartenant au Groupe GENERALI immatriculé sur le registre italien des groupes d'assurances sous le numéro 026.

par l'intermédiaire de l'établissement hospitalier auprès de l'organisme de Tiers payant ou sur simple demande à SG Sante - 14 rue Juliot-Curie - BP 248 - 51010 CHALON EN CHAMPAGNE Cedex.

En cas de suspension ou de résiliation du contrat, l'assuré s'engage à restituer immédiatement la carte de Tiers payant. Il s'engage également à rembourser à l'Assureur les prestations indûment réglées aux praticiens postérieurement à cette suspension ou cette résiliation.

> Justificatifs à produire

Pour obtenir le règlement de ses prestations, l'assuré doit envoyer à SG Sante - 14 rue Juliot-Curie - BP 248 - 51010 CHALON EN CHAMPAGNE Cedex, dans les 3 mois qui suivent la fin du traitement, les pièces justificatives accompagnées d'une demande datée et signée comportant le numéro de contrat.

La liste exhaustive des pièces justificatives à fournir est la suivante :

- Les décomptes originaux des remboursements du Régime Obligatoire justifiant les prestations qui ont été servies.

Dans les départements dans lesquels un accord a été passé avec les organismes de Régimes Obligatoires, une telle formalité ne sera pas nécessaire,

- Les notes d'honoraires et factures détaillées justifiant des frais réellement engagés, notamment pour le transport hospitalier,
- Les factures d'hospitalisation si celle-ci n'a pas donné lieu à prise en charge préalable,
- Les factures des pharmaciens lorsque la garantie Tiers payant n'a pu être mise en jeu ou en cas de dépassement du tarif de responsabilité,
- La facture détaillée des frais engagés pour les prothèses dentaires,
- Pour les frais d'optique, la demande de prise en charge et la facture de l'opticien distinguant le prix de la monture de celui des verres ou indiquant les frais de lentilles. Pour les lentilles non remboursées par le Régime Obligatoire, joindre également une ordonnance de moins de deux ans.
- Pour les cures thermales, la facture détaillée des frais engagés, ainsi que le décompte du remboursement du Régime Obligatoire,
- Lorsque l'assuré ou ses ayants droits bénéficient d'une autre couverture complémentaire, les originaux des décomptes établis par l'organisme en cause,
- En cas de naissance, un certificat de naissance ou une copie certifiée conforme du livret de famille établissant la filiation avec l'assuré,
- En cas d'adoption, une copie du jugement d'adoption, établissant la filiation avec l'assuré,
- En cas d'accident mettant en cause un tiers responsable identifié, les coordonnées du tiers responsable ou de son assureur, afin de pouvoir

engager les recours,

Seuls les décomptes originaux tiennent lieu de justificatifs.

Si les renseignements fournis sont insuffisants pour le règlement des prestations, l'assureur pourra demander de fournir des justificatifs complémentaires.

L'assuré qui emploie ou produit intentionnellement des documents inexacts ou frauduleux sera déchu de tout droit à garantie pour le sinistre dont il s'agit.

> Contrôle des dépenses et Expertise

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

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

Au regard du résultat de ces contrôles, l'assureur se réserve le droit de contester au regard des dispositions du présent contrat, la prise en charge des frais dont le remboursement est demandé ou le montant de sa prise en charge.

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

> Procédure d'Expertise

Les médecins et délégués missionnés par l'assureur auront, à toute époque, un libre accès auprès de l'assuré pour pouvoir constater médicalement son état. Dans le cas où l'assuré ne peut se déplacer, le médecin missionné doit avoir accès à son lieu de résidence.

> Arbitrage

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

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

L'EQUITE

Société anonyme au capital de 15 569 320 euros, régie par le Code des Assurances - R.C.S. PARIS B 572 084 697
Société appartenant au Groupe GENERALI immatriculé sur le registre italien des groupes d'assurances sous le numéro 026.

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

> Remboursement des prestations

Les dépenses de prestations sont remboursées en fonction des blocs de garanties que l'assuré a souscrits et qui figurent au Bulletin de souscription.

Ce remboursement est appliqué séparément pour chaque poste de frais pris en charge par le Régime Obligatoire.

Il est toujours subordonné au remboursement préalable du Régime Obligatoire, sauf dispositions contraires figurant au tableau des garanties.

Les prestations sont réglées dans les 15 jours qui suivent soit la remise des justificatifs, soit l'accord amiable, soit la décision judiciaire exécutoire.

Les décomptes seront disponibles en ligne dans les espaces personnels des assurés ayant souscrit via les sites d'AssurOne group en mode direct. .

COTISATIONS

> Montant de la cotisation

La cotisation est fixée au certificat de souscription. Elle est exprimée en euros, tous frais et taxes inclus.

Elle tient compte d'un certain nombre de paramètres tels que le régime obligatoire de l'assuré, les garanties choisies, l'âge des assurés et la zone géographique. Elle ne dépend pas de l'état de santé des assurés.

La cotisation totale correspond au cumul des cotisations de chaque assuré. La cotisation totale est due par l'assuré.

> Variation de la cotisation

En cours de contrat, la cotisation peut varier en cas de changement de garanties, changement de régime obligatoire, ajout ou sortie de Bénéficiaire, modification du régime de base de la Sécurité sociale ou en cas de changement de domicile

entraînant un changement de zone tarifaire.

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

> Révision de la cotisation

La cotisation est amenée à évoluer en fonction de l'âge atteint des assurés à l'échéance du contrat.

L'assureur peut également être amené à réévaluer le montant des cotisations, notamment en fonction des résultats techniques des garanties de même nature et/ou de l'évolution prévisionnelle des dépenses de santé.

Le nouveau montant de cotisation sera communiqué sur la lettre d'information annuelle.

L'assuré pourra refuser cette modification en résiliant le contrat dans le mois qui suit la réception de l'avis d'échéance.

> Paiement de la cotisation

La cotisation est payable d'avance, selon le fractionnement choisi par l'assuré : périodicité annuelle, semestrielle ou mensuelle. Le paiement et l'encaissement de cotisations inexactes ou partielles ne sauraient valoir délivrance ou maintien des garanties.

Si l'assuré ne paie pas la cotisation dans les 10 jours de son échéance, l'assureur peut - indépendamment de son droit de poursuite en justice - adresser à l'assuré une lettre recommandée valant mise en demeure. Faute de règlement, les garanties du contrat seront alors suspendues trente jours après l'envoi de cette lettre. La suspension de garanties entraîne, pour chaque assuré, la perte de tout droit aux garanties prévues par le présent contrat pour des événements survenus pendant la période de suspension.

En cas de paiement de l'intégralité de la cotisation restant due dans les dix jours suivant la suspension des garanties, celles-ci seront remises en vigueur le lendemain midi du jour du paiement.

À défaut, le contrat sera automatiquement résilié dix jours après l'expiration du délai de trente jours précité. Dans ce cas, la portion de cotisation relative à la période postérieure à la date d'effet de la résiliation sera acquise à titre de dommages et intérêts et l'assureur pourra en poursuivre le recouvrement. S'y ajouteront les frais de recouvrement et les intérêts de retard qui seront à la charge de l'assuré.

> Prélèvement

Si l'assuré souhaite régler sa cotisation par

L'EQUITE

Société anonyme au capital de 15 569 320 euros, régie par le Code des Assurances - R.C.S. PARIS B 572 084 697
Société appartenant au Groupe GENERALI immatriculé sur le registre italien des groupes d'assurances sous le numéro 026.

prélèvement mensuel, celui-ci cessera dès qu'un prélèvement sera refusé par son établissement bancaire. L'intégralité de la cotisation annuelle, déduction faite des fractions de cotisation déjà réglées, sera alors immédiatement exigible. Le mode de paiement annuel sera alors prévu pour les cotisations ultérieures. En cas de non paiement du solde de la cotisation, l'assureur pourra en poursuivre le recouvrement comme indiqué ci-avant.

SUBROGATION

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

PRESCRIPTION

Conformément aux dispositions des articles L 114-1, L 114-2 et 114-3 du Code des assurances :
Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

- 1 - En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'assureur en a eu connaissance ;
- 2 - En cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

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

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription notamment :

- l'action en justice jusqu'à l'extinction de l'instance,
- l'acte d'exécution forcé,
- la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait,
- par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre.
- et l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par l'assureur à l'assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'assuré à l'assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Par dérogation à l'article 2254 du Code civil, les parties au contrat d'assurance ne peuvent, même

d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci.

EXAMEN DES RECLAMATIONS ET PROCÉDURE DE MÉDIATION

Lorsque l'assuré souhaite obtenir des précisions sur les clauses d'application de son contrat notamment à la souscription ou en cas de sinistre, il doit contacter son intermédiaire privilégié à l'adresse suivante : AssurOne Group - 2/4 Boulevard de la Gare - 95210 Saint Gratien

Il est en mesure d'étudier toutes ses questions et demandes.

En cas de désaccord, l'assuré peut adresser une réclamation écrite avec le motif du litige et les références du dossier à : L'ÉQUITÉ - Cellule Qualité 7 boulevard Haussmann - 75442 Paris Cedex 09

L'assureur s'engage à traiter sa réclamation le plus rapidement et le plus objectivement possible.

Si un désaccord devait persister, les particuliers ont la faculté de faire appel au médiateur de la compagnie, et ceci, sans préjudice des autres voies d'actions légales. Les conditions d'accès à ce médiateur, ses coordonnées ainsi que la procédure à suivre seront communiquées par la Cellule Qualité de l'Équité.

INFORMATIQUE ET LIBERTES

Conformément à la Loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978, telle que modifiée par la Loi du 6 août 2004, l'Assuré disposent d'un droit d'accès, de rectification, de suppression des données les concernant et d'opposition auprès du Siège social du responsable du traitement AssurOne Group - 2/4 Boulevard de la Gare - 95210 Saint Gratien .

Ces informations sont destinées à l'Assureur et sont nécessaires au traitement du dossier de l'assuré. Elles sont susceptibles d'être transmises à des tiers pour les besoins de la gestion du contrat.

Par la signature de la demande de souscription, l'assuré accepte expressément que les données le concernant leurs soient ainsi transmises.

AUTORITE DE CONTROLE

L'autorité chargée du contrôle des entreprises d'assurances qui accordent les garanties prévues par le présent contrat est :

L'ÉQUITÉ

Société anonyme au capital de 15 569 320 euros, régie par le Code des Assurances - R.C.S. PARIS B 572 084 697
Société appartenant au Groupe GENERALI immatriculé sur le registre italien des groupes d'assurances sous le numéro 026.

L'Autorité de Contrôle Prudentiel (ACP)
61 rue Taitbout
75436 Paris Cedex 09

RENONCIATION A L'ADHESION

Conformément à l'article L 112-9 du Code des assurances, "toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, et qui signe dans ce cadre une proposition d'assurance ou un contrat à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée avec demande d'avis de réception pendant le délai de quatorze jours calendaires révolus à compter du jour de la conclusion du contrat, sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités."

Si les conditions précitées sont réunies - et sous réserve des autres dispositions de l'article L 112-9 du Code des assurances - l'assuré peut renoncer au présent contrat en envoyant le modèle de lettre joint ci-après, sous la forme recommandée avec demande d'avis de réception.

Cette faculté de renonciation est perdue si l'assuré a connaissance d'un sinistre survenu pendant le délai de quatorze jours précités.

« Je soussigné _____, N° de contrat _____, désire bénéficier de la faculté de renoncer à ma demande de souscription effectuée en date du (date de la signature de la demande de souscription).
Fait à _____, le _____

« Signature ».

L'EQUITE

Société anonyme au capital de 15 569 320 euros, régie par le Code des Assurances - R.C.S. PARIS B 572 084 697
Société appartenant au Groupe GENERALI immatriculé sur le registre italien des groupes d'assurances sous le numéro 026.

Annexe 1 : Conditions de résiliations

Pour quels motifs ?	Qui peut résilier ?	Selon quelles modalités ?	Date d'effet de la résiliation
Non reconduction du contrat	l'assuré	Au plus tard 2 mois avant l'échéance du contrat prévue au certificat de souscription.	Au jour de l'échéance principale à 0 heure.
Changement de domicile, de situation matrimoniale, de profession, de départ à la retraite ou cessation d'activité professionnelle lorsque le contrat a pour objet la garantie de risques en relation directe avec la situation antérieure et qui ne se retrouvent pas dans la situation nouvelle (article L 113-16).	l'assuré et l'assureur	dans les 3 mois qui suivent la date de l'événement. dans les 3 mois qui suivent l'envoi d'une lettre en informant l'assureur.	1 mois après l'envoi de la lettre de résiliation.
Modification de tarif ou de garantie.	l'assuré	Dans le mois qui suit la date où l'assuré a eu connaissance de cette modification.	1 mois après l'envoi de la lettre de résiliation.
En cas de diminution du risque si l'assureur ne consent pas à réduire le montant de cotisation en conséquence (article L 113-4).		Dans le mois qui suit la date où l'assuré a eu connaissance de la proposition.	1 mois après l'envoi de la lettre de résiliation.
Non-paiement des cotisations (article L 113-3).		Au plus tôt 10 jours après l'échéance.	40 jours après l'envoi de notre lettre de résiliation, si la cotisation n'est pas régularisée.
Omission ou inexactitude dans la déclaration sans que la mauvaise foi de l'assuré soit établie (article L 113.9)	RÉSILIATION DE PLEIN DROIT	Dès que l'assureur en a connaissance mais avant tout sinistre.	10 jours après l'envoi de notre lettre de résiliation.
Décès de l'assuré.		-	En présence d'ayants droits, les garanties sont maintenues jusqu'à la prochaine échéance de cotisation. S'ils le souhaitent, un nouveau contrat leur sera proposé, qui tiendra compte des garanties et conditions antérieures à la résiliation.
Départ de la France métropolitaine, de la principauté de Monaco pour une durée supérieure à un an.	-	-	Le 1 ^{er} jour qui suit le 1 ^{er} anniversaire du départ.

L'EQUITE

Société anonyme au capital de 15 569 320 euros, régie par le Code des Assurances - R.C.S. PARIS B 572 084 697
Société appartenant au Groupe GENERALI immatriculé sur le registre italien des groupes d'assurances sous le numéro 026.

Annexe 2 : Vente à distance

Les dispositions ci-après s'appliquent aux contrats exclusivement conclus à distance au sens de l'article L 112-2-1 du Code des assurances, c'est-à-dire, exclusivement conclus au moyen de "une ou plusieurs techniques de communication à distance jusqu'à, et y compris, la conclusion du contrat".

MODALITE DE CONCLUSION DU CONTRAT

L'assuré dispose d'un délai de quatorze jours calendaires révolus pour retourner l'ensemble des pièces du dossier de souscription signées ainsi que les pièces justificatives réclamées.

Ce délai commence à courir à compter de la date de conclusion du contrat (réputée être la date d'émission du certificat de souscription). À défaut de retour dans ce délai, le contrat sera anéanti rétroactivement sans qu'il soit nécessaire pour la Compagnie d'accomplir une quelconque démarche complémentaire.

Si l'assuré a demandé que le contrat commence à être exécuté avant l'expiration de ce délai de quatorze jours et qu'un sinistre survient pendant ce délai, il devra alors retourner l'ensemble des pièces signées ainsi que les justificatifs réclamés au plus tard lors de la déclaration de sinistre. À défaut de retour dans ce délai, le contrat sera anéanti rétroactivement sans qu'il soit nécessaire pour la Compagnie d'accomplir une quelconque démarche complémentaire. Le sinistre ne sera alors pas pris en charge.

DROIT DE RENONCIATION

Conformément à l'article L 112-2-1 II du Code des assurances, l'assuré peut renoncer au présent contrat dans un délai de 14 jours calendaires révolus à compter de la date de conclusion du contrat.

Si l'assuré a demandé que le contrat commence à être exécuté avant l'expiration du délai de renonciation, la Compagnie sera alors en droit de conserver une fraction de la cotisation que l'assuré a réglée correspondant à la période pendant laquelle le risque a couru.

La demande de renonciation doit être adressée par lettre recommandée avec avis de réception à AssurOne Group - 2/4 Boulevard de la Gare - 95210 Saint Gratien , adresse, et peut être faite suivant le modèle de lettre inclus ci-dessous.

« Je soussigné _____, N° de contrat _____, désire bénéficier de la faculté de renoncer à ma demande de souscription effectuée en date du (date de la signature de la demande de souscription), exclusivement à distance.
Fait _____ à _____, le _____

« Signature ».

L'EQUITE

Société anonyme au capital de 15 569 320 euros, régie par le Code des Assurances - R.C.S. PARIS B 572 084 697
Société appartenant au Groupe GENERALI immatriculé sur le registre italien des groupes d'assurances sous le numéro 026.

Annexe 3 : Aide à la Complémentaire Santé (A.C.S.)

L'A.C.S. consiste en une aide financière pour l'acquisition d'un contrat d'assurance maladie complémentaire de santé individuel. Cette aide s'adresse aux personnes dont les revenus se situent entre le plafond de la CMU complémentaire et ce même plafond majoré de 26 %.

Le montant de l'A.C.S. est plafonné au montant de la cotisation. Il varie en fonction de l'âge des personnes composant le foyer couvert par le contrat. L'âge est apprécié au 1er janvier de l'année.

Les dossiers de demande d'A.C.S. sont instruits par les caisses d'assurance maladie. En cas d'accord, celle-ci remet aux bénéficiaires une attestation de droit à l'aide complémentaire santé. Sur présentation de cette attestation à une mutuelle, une société d'assurances, ou une institution de prévoyance, ils bénéficient de la réduction sur le contrat santé individuel qu'il aura choisi de souscrire ou qu'il a déjà souscrit. Cette réduction s'impute sur le montant de la cotisation ou de la prime annuelle à payer.

L'EQUITE

Société anonyme au capital de 15 569 320 euros, régie par le Code des Assurances - R.C.S. PARIS B 572 084 697
Société appartenant au Groupe GENERALI immatriculé sur le registre italien des groupes d'assurances sous le numéro 026.