

**Santé Frontaliers
Suisses** _____ 1

**Assistance Santé
Individuelle** _____ 19

**Protection Juridique
Santé des Frontaliers** ___ 39

Notice d'information

SANTÉ FRONTALIERS SUISSES

[sans questionnaire médical]

**Réservé aux travailleurs salariés frontaliers
suisses**

Le présent document constitue la notice d'information valant informations précontractuelles et contractuelles, prévue par l'article L. 141-1 du Code des assurances. Il reprend les dispositions des contrats collectifs à adhésion facultative de durée annuelle à tacite reconduction n° A799F et A800G souscrits par l'association Alptis Frontaliers auprès de CNP Assurances entreprise régie par les dispositions du Code des assurances.

Réf : **SF_Suisses**

Il a été conclu des contrats d'assurance de groupe à adhésion facultative, de durée annuelle à tacite reconduction n° A799F et A800G entre :

- **d'une part, l'association Alptis Frontaliers dont le siège social est situé 25 cours Albert Thomas 69445 Lyon cedex 03, association régie par la loi de 1901,**
- **et d'autre part, CNP Assurances dont le siège social est situé au 4 promenade Cœur de Ville 92130 Issy-les-Moulineaux – 341 737 062 RCS Nanterre – Entreprise régie par le Code des assurances.**

La distribution et la gestion de ces contrats sont déléguées à Alptis Assurances, société de gestion et de courtage dont le siège social est situé 25 cours Albert Thomas 69445 Lyon cedex 03.

Les contrats n° A799F et A800G sont "solidaires" (absence de questionnaire de santé à l'adhésion) et sont soumis aux dispositions de l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale relatif aux "contrats responsables".

Ces contrats sont ouverts aux membres de l'association Alptis Frontaliers. Le niveau choisi est précisé sur votre certificat d'adhésion.

Les relations précontractuelles et contractuelles entre les parties sont régies par le droit français et notamment par le Code des assurances. Les parties utiliseront la langue française pendant toute la durée de l'adhésion.

SOMMAIRE

LEXIQUE	P. 4
DESCRIPTIF DES PRESTATIONS	P. 6
OBJET DU CONTRAT	P. 10
ADHÉSION AU CONTRAT ET VIE DU CONTRAT	P. 10
CONDITIONS D'ADHÉSION	P. 10
FORMALITÉS D'ADHÉSION	P. 10
PRISE D'EFFET DE L'ADHÉSION	P. 10
DÉLAI D'ATTENTE	P. 10
DROIT DE RENONCIATION	P. 10
DATE D'EFFET DES GARANTIES	P. 11
MODIFICATION DE GARANTIE	P. 11
DURÉE DE L'ADHÉSION	P. 11
CHANGEMENT DE LA SITUATION DU BÉNÉFICIAIRE DES PRESTATIONS	P. 11
GARANTIES	P. 11
RISQUES COUVERTS	P. 11
ÉTENDUE TERRITORIALE DES GARANTIES	P. 11
MODALITÉS PARTICULIÈRES POUR LES SOINS RÉALISÉS EN SUISSE	P. 11
MODALITÉS D'APPLICATION DES FORFAITS (montants exprimés en euros)	P. 12
HOSPITALISATION MÉDICALE, CHIRURGICALE, À DOMICILE, MATERNITÉ, EN ÉTABLISSEMENTS ET UNITÉS SPÉCIALISÉS	P. 12
FORFAIT NAISSANCE OU ADOPTION	P. 12
FONCTIONNEMENT DES MONTANTS EXPRIMÉS EN EUROS HORS ÉQUIPEMENT OPTIQUE	P. 12
FONCTIONNEMENT DES PRESTATIONS DE L'ÉQUIPEMENT OPTIQUE (monture + verres)	P. 12
DENTAIRE	P. 13
AIDE AUDITIVE	P. 13
MÉDICAMENT	P. 13
CURES THERMALES	P. 13
ACTES DE MÉDECINE COMPLÉMENTAIRE	P. 13
SOINS INOPINÉS À L'ÉTRANGER (hors Suisse et France)	P. 14
MODALITÉS DE REMBOURSEMENTS	P. 14
TÉLÉTRANSMISSION (pour les soins réalisés en France)	P. 14
TIERS PAYANT (pour les soins réalisés en France)	P. 14
PRISE EN CHARGE EN CAS D'HOSPITALISATION EN FRANCE	P. 14
RISQUES EXCLUS	P. 14
LIMITE DES PRESTATIONS	P. 15
CESSATION DES GARANTIES	P. 15
COTISATIONS	P. 15
MONTANT DES COTISATIONS	P. 15
PAIEMENT DES COTISATIONS	P. 15
VARIATIONS DES COTISATIONS ET DES GARANTIES	P. 15
DÉFAUT DE PAIEMENT DES COTISATIONS	P. 16
DISPOSITIONS DIVERSES	P. 16
PROTECTION DES DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL	P. 16
AUTORITÉ CHARGÉE DU CONTRÔLE	P. 16
FONDS DE GARANTIE	P. 16
PRESCRIPTION	P. 16
SANCTIONS EN CAS DE FAUSSE DÉCLARATION	P. 17
SUBROGATION	P. 17
EXAMEN DES RÉCLAMATIONS - MÉDIATION	P. 17

LEXIQUE

ADHÉRENT

Personne physique membre de l'association et qui adhère au contrat groupe. Un enfant mineur sans activité professionnelle ne peut être adhérent.

ANNÉE D'ADHÉSION

Période correspondant à 12 (douze) mois successifs, à partir de la date d'effet de la garantie.

BÉNÉFICIAIRES DES PRESTATIONS

L'adhérent et éventuellement ses ayants droit inscrits : son conjoint et leurs enfants (âgés de moins de 18 ans ou de moins de 28 ans s'ils poursuivent des études), et mentionnés dans le certificat d'adhésion. Ci-après également dénommés "Assurés".

BASE DE REMBOURSEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE (BRSS)

Tarif sur lequel sont calculés les remboursements effectués par le régime de base de Sécurité sociale Français.

CERTIFICAT D'ADHÉSION

Document envoyé à l'adhérent après acceptation de sa demande d'adhésion. Il reprend les conditions d'admission et les garanties souscrites, ainsi que leur date de prise d'effet.

CONTRIBUTION JOURNALIÈRE (CJ) AUX FRAIS D'HOSPITALISATION EN SUISSE

Contribution journalière forfaitaire laissée à la charge des adhérents par la LAMal en cas d'hospitalisation. Le montant de cette contribution est fixé par le législateur suisse.

COUPLE-CONJOINT

Toutes personnes mariées ou ayant conclu un PACS ou vivant en concubinage (attesté par la fourniture d'un justificatif de vie commune).

DATE D'ACQUISITION DE L'ÉQUIPEMENT OPTIQUE

Date de facturation de l'équipement optique (verres + monture) ayant fait l'objet d'une prise en charge par le régime de base.

DATE D'ACQUISITION DE L'AIDE AUDITIVE

Date de facturation de l'aide auditive ayant fait l'objet d'une prise en charge par le régime de base.

DÉLAI D'ATTENTE

Période pendant laquelle les garanties ne s'appliquent pas. Le délai d'attente court à compter de la prise d'effet de l'adhésion inscrite sur le certificat d'adhésion.

DISPOSITIF DE PRATIQUE TARIFAIRE MAÎTRISÉE

Dispositif prenant la forme de deux options de pratiques tarifaires maîtrisées (Optam et Optam-Co), lesquelles sont ouvertes à certains médecins par la convention avec l'assurance maladie obligatoire pour les accompagner dans la limitation des pratiques excessives de dépassement d'honoraires. En adhérant à cette option, les professionnels de santé s'engagent à limiter leurs dépassements d'honoraires dans des conditions établies par la convention. L'option de pratique tarifaire maîtrisée (Optam) est ouverte à tous les médecins autorisés à facturer des dépassements d'honoraires (secteur 2) et à certains médecins de secteur 1 (les médecins de secteur 1 titulaires des titres requis pour accéder au secteur 2 et installés avant le 1^{er} janvier 2013). L'option de pratique tarifaire maîtrisée, en chirurgie et obstétrique (Optam-Co), est ouverte aux médecins de secteur 2 et à certains médecins de secteur 1 exerçant une spécialité chirurgicale ou de gynécologie obstétrique.

FRANCHISE ORDINAIRE ANNUELLE

Participation légale aux frais de soins de santé réalisés en Suisse et retenue sur les prestations chaque année par la LAMal.

GARANTIE DE BASE

Ensemble de garanties hors renforts optionnels ou packs optionnels.

HONORAIRES LIMITES DE FACTURATION (HLF)

Les Honoraires Limites de Facturation correspondent à l'honoraire maximal facturable par le chirurgien-dentiste à l'Assuré pouvant faire l'objet d'une entente directe. Ils sont fixés par la Convention Nationale organisant les rapports entre les chirurgiens-dentistes libéraux et l'Assurance Maladie, approuvée par arrêté.

LAMal

Loi Fédérale régissant le régime d'assurance maladie de base obligatoire pour les personnes résidant en Suisse et les travailleurs Frontaliers.

QUOTE-PART (QP)

Pourcentage des dépenses pour les frais de santé réalisés en Suisse, laissé à charge de l'adhérent par la LAMal déduction faite de la Franchise Ordinaire Annuelle. Elle représente un pourcentage minimum des frais dépassant la Franchise Ordinaire Annuelle, dans la limite d'un plafond par adulte et par enfant, par année civile, dont les montants sont fixés par le législateur suisse.

PLAFOND DENTAIRE

Somme maximale remboursée par année d'adhésion pour vos prestations, en une ou plusieurs fois et n'incluant pas les remboursements du régime de base.

PLAFOND MENSUEL DE LA SÉCURITÉ SOCIALE (PMSS)

Montant fixé par arrêté et qui sert de référence pour déterminer certaines cotisations et certaines prestations, le PMSS de référence est celui de l'année en cours. Le montant en vigueur est disponible sur le site www.ameli.fr.

PRIX LIMITE DE VENTE (PLV)

Le prix limite de vente d'un dispositif médical correspond au prix maximum de vente facturable par le professionnel de santé. A défaut de fixation d'un prix limite de vente, le prix est libre. La base de remboursement de la majorité des dispositifs médicaux inscrits à la liste des produits et prestations et pris en charge par le régime de base est assortie d'un prix limite de vente. Les lunettes et les aides auditives retenues dans les paniers 100% Santé ont des prix limites de vente que les professionnels s'engagent à respecter pour que les assurés puissent bénéficier d'un reste à charge nul sur ces équipements. Conformément au niveau de garantie de l'assuré, l'organisme assureur interviendra, en complément du remboursement du régime de base, sans que sa prise en charge ne puisse excéder les PLV.

RÉGIME DE PROTECTION SOCIALE

Les bénéficiaires des prestations peuvent être affiliés à un régime de protection sociale français (Sécurité sociale) ou suisse (la LAMal).

RÉGIME DE BASE (RB)

Pour l'adhérent :

Régime légal de protection sociale français ou suisse auquel est obligatoirement affilié le bénéficiaire des prestations (régime général ; régime d'Alsace-Moselle).

Pour les ayants droit :

Régime légal de protection sociale français ou suisse auquel est obligatoirement affilié le bénéficiaire des prestations (régime général ; régime d'Alsace-Moselle ; Sécurité sociale des Indépendants).

Les ayants droit peuvent être affiliés à un régime de base différent de celui de l'adhérent.

SUPPORT DURABLE

Tout instrument offrant la possibilité à l'adhérent de stocker des informations qui lui sont adressées personnellement, afin de pouvoir s'y reporter ultérieurement pendant un laps de temps adapté aux fins auxquelles les informations sont destinées, et qui permet la reproduction à l'identique des informations conservées.

TICKET MODÉRATEUR (TM)

Quote-part restant à la charge de l'assuré, égale à la différence entre la base de remboursement et les remboursements du régime de base pour les soins réalisés en France.

TRAVAILLEUR FRONTALIER SUISSE

Toute personne résidant en France métropolitaine qui exerce une activité professionnelle salariée en Suisse et qui retourne chaque jour ou au moins une fois par semaine en France métropolitaine.

100 % SANTÉ

Dispositif par lequel les assurés peuvent bénéficier de certaines prestations (réalisées en France) d'optique, d'aides auditives et de prothèses dentaires, intégralement remboursées par le régime de base et leur complémentaire santé dans les conditions prévues par le Code de la Sécurité sociale et sous réserve que les professionnels de santé respectent les tarifs maximums fixés. Les actes visés par ce dispositif intègrent le panier 100 % Santé.

Les remboursements exprimés en pourcentage de la Base de Remboursement de la Sécurité Sociale (BRSS*) incluent la prise en charge d'un régime de base soit :

- la Sécurité sociale française pour les soins réalisés en France et Suisse,
- la LAMal pour les soins réalisés en France.

Les remboursements exprimés en pourcentage de la quote-part et de la contribution journalière aux frais d'hospitalisation incluent la prise en charge de la LAMal.

Les montants exprimés en euros interviennent en complément de l'éventuelle part d'un régime de base.

Les garanties intégrant une limite annuelle s'appliquent par bénéficiaire et par année d'adhésion, soit par période de 12 (douze) mois successifs à compter de la date d'effet de la garantie ou du Renfort.

Toutefois :

- Pour l'équipement optique les prestations sont allouées par période de 2 (deux) ans à compter de la date d'acquisition de l'équipement optique, sauf dérogations prévues dans la Notice d'information.
- Pour les aides auditives les prestations sont limitées à un équipement tous les 4 (quatre) ans par Oreille à compter de la date d'acquisition de l'aide auditive.
- Pour les cures thermales les prestations sont allouées par bénéficiaire et par année civile (du 1^{er} janvier au 31 décembre).

Les remboursements ne peuvent dépasser les frais restants à la charge du bénéficiaire des prestations.

Pour les soins délivrés en Suisse, où la notion de dispositif de pratique tarifaire maîtrisée n'existe pas, les prestations seront celles appliquées aux praticiens non adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée.

Les garanties du présent contrat s'inscrivent dans le cadre du dispositif législatif des contrats d'assurances visés par l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale dits "contrats responsables" et ses textes réglementaires. De ce fait, le remboursement minimum ne pourra être inférieur au ticket modérateur pour les actes visés par l'article R. 871-2 du Code de la Sécurité sociale. Ces dispositions s'appliquent tant aux personnes affiliées à un régime de protection sociale française qu'aux personnes affiliées à la LAMal, pour les actes et soins réalisés en France, conformément au descriptif des prestations reproduit ci-après.

DESCRIPTIF DES PRESTATIONS

GARANTIES DE BASE	NIVEAU 1	NIVEAU 2	NIVEAU 3	NIVEAU 4	NIVEAU 5	NIVEAU 6
ACTES ET SOINS RÉALISÉS EN FRANCE 						
HOSPITALISATION médicale, chirurgicale, à domicile, maternité, établissements et unités spécialisés						
Frais de séjour - en secteur conventionné - en secteur non conventionné	Frais Réels 125% BRSS	Frais Réels 150% BRSS	Frais Réels 200% BRSS	Frais Réels 250% BRSS	Frais Réels 300% BRSS	Frais Réels 350% BRSS
Honoraires médicaux et chirurgicaux - Praticiens adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée - Praticiens non adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée	125% BRSS 100% BRSS	150% BRSS 125% BRSS	200% BRSS 150% BRSS	250% BRSS 200% BRSS	300% BRSS 200% BRSS	400% BRSS 200% BRSS
Forfait journalier hospitalier	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels
Chambre particulière (exclue en psychiatrie et en soins médicaux et de réadaptation) (forfait par jour) (1)	-	30 €	50 €	70 €	100 €	120 €
Forfait patient urgences	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels
Forfait naissance ou adoption (forfait unique non double en cas de naissance ou d'adoption multiple)	-	100 €	150 €	200 €	250 €	300 €
SOINS COURANTS						
Honoraires médicaux (pris en charge par le régime de base) Consultation et visites, actes techniques médicaux, actes d'obstétrique, actes d'anesthésie, actes de chirurgie, actes d'imagerie et d'échographie - Praticiens adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée - Praticiens non adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée	125% BRSS 100% BRSS	150% BRSS 130% BRSS	200% BRSS 170% BRSS	250% BRSS 200% BRSS	300% BRSS 200% BRSS	350% BRSS 200% BRSS
Honoraires paramédicaux (pris en charge par le régime de base)	100% BRSS	125% BRSS	150% BRSS	200% BRSS	250% BRSS	300% BRSS
Analyses et examens de laboratoire (pris en charge par le régime de base)	100% BRSS	125% BRSS	150% BRSS	200% BRSS	250% BRSS	300% BRSS
Médicaments et Vaccins prescrits (pris en charge par le régime de base à 15%, 30% et 65%)	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS
Transport (pris en charge par le régime de base)	100% BRSS	125% BRSS	150% BRSS	200% BRSS	250% BRSS	300% BRSS
Matériel médical (pris en charge par le régime de base) (2)	100% BRSS	125% BRSS	150% BRSS	200% BRSS	250% BRSS	300% BRSS
Dispositif Mon soutien psy Séances d'accompagnement psychologique prescrites et réalisées auprès de psychologues conventionnés avec l'Assurance Maladie dont la liste est consultable sur https://monsoutienpsy.ameli.fr/recherche-psychologue	100% BRSS (dans la limite du nombre de séances annuelles fixé par le dispositif)					
Cures thermales (prises en charge le régime de base) - Les honoraires médicaux, les frais d'établissement - Le transport, l'hébergement (pris en charge ou non par le régime de base)	100% BRSS -	100% BRSS 100 € (par année civile)	100% BRSS 150 € (par année civile)	100% BRSS 200 € (par année civile)	100% BRSS 250 € (par année civile)	100% BRSS 350 € (par année civile)

GARANTIES DE BASE	NIVEAU 1	NIVEAU 2	NIVEAU 3	NIVEAU 4	NIVEAU 5	NIVEAU 6
ACTES ET SOINS RÉALISÉS EN FRANCE 						
OPTIQUE						
Équipement (1 monture + 2 verres) de classe A, B ou mixtes (3) dans la limite d'un équipement tous les 2 ans, sauf pour les enfants de moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue (tous les ans)						
 Équipement 100% Santé Verres et Montures de Classe A (4) (5) Suppléments et prestations	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels
Équipements autres que 100% Santé :						
Verres et Monture de Classe B (6)						
- Équipement à Verres simples (7)	TM	125 €	225 €	325 €	420 €	420 €
- Équipement à Verres complexes (8)	TM	200 €	325 €	450 €	550 €	600 €
- Équipement à Verres très complexes (9)	TM	200 €	325 €	475 €	625 €	700 €
- Équipement à Verre simple + Verre complexe	TM	165 €	275 €	400 €	525 €	560 €
- Équipement à Verre simple + Verre très complexe	TM	165 €	275 €	400 €	525 €	560 €
- Équipement à Verre complexe + Verre très complexe	TM	200 €	325 €	475 €	625 €	700 €
Suppléments et prestations	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS
Lentilles prescrites (prises en charge ou non par le régime de base), y compris lentilles jetables (par année d'adhésion)	50 €	100 €	125 €	150 €	175 €	200 €
Chirurgie réfractive (remboursement par œil, par année d'adhésion) (10)	-	250 €	300 €	400 €	500 €	600 €
DENTAIRE						
 Soins et prothèses du panier 100% Santé (11)	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels
Soins dont inlays, onlays et scellement des sillons (pris en charge par le régime de base)	100% BRSS	125% BRSS	150% BRSS	200% BRSS	250% BRSS	300% BRSS
BONUS FIDÉLITÉ après 2 ans d'adhésion du bénéficiaire	-	+ 50% BRSS	+ 50% BRSS	+ 50% BRSS	+ 100% BRSS	+ 100% BRSS
Prothèses , inlay-core et orthodontie (pris en charge par le régime de base)	100% BRSS	150% BRSS	175% BRSS	225% BRSS	275% BRSS	325% BRSS
BONUS FIDÉLITÉ après 2 ans d'adhésion du bénéficiaire	-	+ 50% BRSS	+ 50% BRSS	+ 50% BRSS	+ 100% BRSS	+ 100% BRSS
Orthodontie non prise en charge par le régime de base (par année d'adhésion dans la limite de 6 semestres consécutifs)	-	-	-	100 €	150 €	200 €
Implantologie et Parodontologie non prises en charge par le régime de base (par année d'adhésion)	-	300 €	400 €	500 €	600 €	700 €
Plafond dentaire par année d'adhésion et par bénéficiaire (hors soins, y compris 100% Santé)						
- Première et deuxième année d'adhésion	-	900 €	1100 €	1200 €	1300 €	1600 €
- À partir de la troisième année d'adhésion	-	1350 €	1650 €	1950 €	2200 €	2500 €
AIDES AUDITIVES (12) (dans la limite d'un équipement tous les 4 ans par oreille à compter de la date d'acquisition de l'aide auditive)						
 Équipements 100% Santé : Aide auditive de classe I (13)	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels
Équipements autres que 100% Santé : Aide auditive de classe II	100% BRSS	125% BRSS	150% BRSS	200% BRSS	250% BRSS	300% BRSS
Autres prestations liées aux aides auditives (piles, entretien...)	100% BRSS	125% BRSS	150% BRSS	200% BRSS	250% BRSS	300% BRSS
MÉDECINE COMPLÉMENTAIRE ET PRÉVENTION						
Consultation en médecine complémentaire (dans la limite de 4 séances par année d'adhésion) Ostéopathe, chiropracteur, étiope, psychomotricien, pédicure-podologue, acupuncteur, diététicien, shiatsu, réflexologue, naturopathe, phytothérapeute, ergothérapeute, psychologue, sexologue, sophrologue, hypnothérapeute Le nombre total de séance est limité à 4, qu'elles soient réalisées en France ou en Suisse	-	30 € par séance	40 € par séance	50 € par séance	50 € par séance	60 € par séance
Médicaments prescrits non pris en charge, automédication (médicaments disponibles sans ordonnance dont homéopathie et spécialités d'huiles essentielles, de phytothérapie, de gemmothérapie, achetés en officine), sevrage tabagique et contraception (par année d'adhésion)	-	15 €	20 €	30 €	40 €	50 €
Actes de prévention (pris en charge par le régime de base) (14)	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS

GARANTIES DE BASE	NIVEAU 1	NIVEAU 2	NIVEAU 3	NIVEAU 4	NIVEAU 5	NIVEAU 6
ACTES ET SOINS RÉALISÉS EN SUISSE +						
SOINS EN SUISSE - Affiliés au régime français d'assurance maladie						
Soins et hospitalisation inopinés (pris en charge par le régime de base français)	100% BRSS	125% BRSS	150% BRSS	200% BRSS	250% BRSS	300% BRSS
Soins ambulatoires ou courants non urgents et en marge du travail (hors hospitalisation)	100% BRSS -	125% BRSS -	150% BRSS + 20 €	200% BRSS + 30 €	250% BRSS + 40 €	300% BRSS + 50 €
Consultation en médecine complémentaire (dans la limite de 4 séances par année d'adhésion) Ostéopathe, chiropracteur, étio-pathe, psychomotricien, pédicure-podologue, acupuncteur, diététicien, shiatsu, réflexologue, naturopathe, phytothérapeute, ergothérapeute, psychologue, sexologue, sophrologue, hypnothérapeute Le nombre total de séance est limité à 4, qu'elles soient réalisées en France ou en Suisse	-	30 € par séance	40 € par séance	50 € par séance	50 € par séance	60 € par séance
SOINS EN SUISSE - Affiliés au régime d'assurance maladie suisse (LAMal) La franchise annuelle ordinaire appliquée par la LAMal et les frais d'hospitalisation en secteur hospitalier privé ou semi privé ne sont pas pris en charge au titre du présent contrat						
Soins et hospitalisation médicale / chirurgicale en division commune (15) (pris en charge par la LAMal) Honoraires médicaux Consultations et visites, actes techniques médicaux, actes d'imagerie et d'échographie Honoraires paramédicaux Analyses et examens de laboratoire Médicaments Autres frais	100% de la QP (16)	100% de la QP	100% de la QP	100% de la QP	100% de la QP	100% de la QP
Transport - Quote-part - Participation aux coûts (forfait par année d'adhésion)	100% QP -	100% QP -	100% QP 50 €	100% QP 100 €	100% QP 150 €	100% QP 200 €
Contribution journalière aux frais d'hospitalisation (CJ) (17)	100% de la CJ	100% de la CJ	100% de la CJ	100% de la CJ	100% de la CJ	100% de la CJ
Consultation en médecine complémentaire (dans la limite de 4 séances par année d'adhésion) Ostéopathe, chiropracteur, étio-pathe, psychomotricien, pédicure-podologue, acupuncteur, diététicien, shiatsu, réflexologue, naturopathe, phytothérapeute, ergothérapeute, psychologue, sexologue, sophrologue, hypnothérapeute Le nombre total de séances est limité à 4, qu'elles soient réalisées en France ou en Suisse	-	30 € par séance	40 € par séance	50 € par séance	50 € par séance	60 € par séance
SOINS INOPINÉS À L'ÉTRANGER (hors Suisse et France)						
Soins et hospitalisation inopinés pris en charge par le régime de base	100% BRSS	125% BRSS	150% BRSS	200% BRSS	250% BRSS	300% BRSS
Soins et hospitalisation inopinés pris en charge par le régime de la LAMal : - Soins et hospitalisation - Contribution journalière aux frais d'hospitalisation (CJ)	100% QP 100% CJ	100% QP 100% CJ	100% QP 100% CJ	100% QP 100% CJ	100% QP 100% CJ	100% QP 100% CJ
SERVICES						
Tiers payant	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Alptis Assistance (se reporter à la notice ASI)	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Téléconsultation (se reporter à la notice ASI)	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Protection Juridique Santé (offerte par l'association Alptis Frontaliers à ses adhérents - se reporter à la Notice PJSF)	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Exonération des cotisations en cas de décès accidentel (se reporter à la notice ASI)	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Ateliers de prévention Santé Durable**	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui

RENFORT HOSPITALISATION - DÉLAI D'ATTENTE (18) - NIVEAUX 1 ET 2 EXCLUS

Honoraires : Praticiens adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée	+ 50% BRSS
Chambre particulière (exclue en psychiatrie et en soins médicaux et de réadaptation) (forfait par jour)	40 €
Chambre particulière en soins médicaux et de réadaptation (limité à 30 jours par an, exclue en psychiatrie)	40 €
Séjour accompagnant (forfait par jour facturé) pour les moins de 18 ans et plus de 70 ans (limité à 30 jours par an)	30 €
Frais de confort (location de TV, internet, téléphone) (limité à 30 jours par an) (19)	10 €

Suite du descriptif des prestations page suivante

***BRSS (Base de Remboursement Sécurité Sociale) :** tarif sur lequel sont calculés les remboursements effectués par le régime de base français. Ce tarif peut varier selon que le praticien est conventionné ou non conventionné.

****Ces ateliers gratuits sont financés grâce à la cotisation d'association associée à votre contrat. Retrouvez les ateliers et des informations sur la Santé Durable sur Cap Santé Durable (<https://cap-sante-durable.org/>).**

- (1) Durée illimitée en cas d'hospitalisation médicale, chirurgicale ou maternité. **Exclue en psychiatrie et en soins médicaux et de réadaptation.**
- (2) **Dispositifs médicaux au sens de l'article L. 5211-1 du Code de la Santé publique, et les produits et prestations inscrits à la liste prévue à l'article L. 165-1 du Code de la Sécurité sociale.**
- (3) Équipement composé de verres et d'une monture appartenant à des classes différentes (classe A et classe B).
- (4) Tels que définis réglementairement. Cette garantie comprend la prise en charge des équipements de classe A avec une prise en charge renforcée telle que définie par l'article L. 165-1 du Code de la Sécurité sociale, **dans la limite des prix limites de vente (PLV) en application de l'article L. 165-3 du Code de la Sécurité sociale, et sous déduction de la prise en charge du régime de base.**
- (5) **Prix limite de vente de la monture en classe A : 30 euros.**
- (6) **La prise en charge de la monture de la classe B au sein de l'équipement sera au maximum de 100 euros.**
- (7) Verres unifocaux dont la sphère est comprise entre -6 et +6 ou dont la sphère est comprise entre -6 et 0 et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4 ou dont la sphère est positive et dont la somme sphère + cylindre est inférieure ou égale à +6.
- (8) Verres unifocaux dont la sphère est hors zone de -6 et +6 ou dont la sphère est comprise entre -6 et 0 dont le cylindre est supérieur à +4 ou dont la somme sphère + cylindre est supérieure à +6, verres unifocaux dont la sphère est inférieure à -6 et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 ; verres multifocaux ou progressifs sphérocyindriques dont la sphère est positive et dont la somme sphère + cylindre est inférieure ou égale à +8.
- (9) Verres multifocaux ou progressifs dont la sphère est hors zone de -4 à +4 ; verres multifocaux ou progressifs dont la sphère est comprise entre -8 et 0 et dont le cylindre est supérieur à +4 ; verres multifocaux ou progressifs dont la sphère est inférieure à -8 et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 ; verres multifocaux ou progressifs dont la sphère est positive et dont la somme sphère + cylindre est supérieure à +8.
- (10) **La consommation d'un équipement optique ou de lentilles dans l'année d'adhésion, soit par période de 12 (douze) mois successifs à compter de la date d'effet de la garantie exclut tout remboursement au titre de la chirurgie réfractive.**
- (11) Tels que définis réglementairement. Cette garantie comprend la prise en charge des prestations dentaires définies par arrêté des Ministres chargés de la Santé et de la Sécurité sociale **dans la limite des honoraires de facturation fixés par la convention telle que prévue à l'article L. 162-9 du Code de la Sécurité sociale (Prix Limite de Vente), ou en l'absence de convention applicable, par le règlement arbitral prévu à l'article L.162-14-2 du Code de la Sécurité sociale, et sous déduction de la prise en charge du régime de base.**
- (12) **La prise en charge de l'aide auditive est limitée au prix de vente pour une aide auditive de classe I, à 1 700 euros pour une aide auditive de classe II.**
- (13) Tels que définis réglementairement. Cette garantie comprend la prise en charge des aides auditives de classe I, à prise en charge renforcée, telles que définies par l'article L. 165-1 du Code de la Sécurité sociale, **dans la limite des prix limites de vente (PLV) en application de l'article L. 165-3 du Code de la Sécurité sociale, et sous déduction de la prise en charge du régime de base.**
- (14) Tels que définis par la liste fixée par l'arrêté du 8 juin 2006.
- (15) Chambre d'hôpital comprenant plusieurs lits.
- (16) Quote-part (QP) : pourcentage des dépenses pour les frais de santé réalisés en Suisse, laissé à charge de l'adhérent par la LAMal déduction faite de la Franchise Ordinaire Annuelle. Elle représente un pourcentage minimum des frais dépassant la Franchise Ordinaire Annuelle, **dans la limite d'un plafond par adulte et par enfant, par année civile, dont les montants sont fixés par le législateur suisse** (voir § modalités particulières pour les soins pris en charge par la LAMal).
- (17) Contribution journalière (CJ) aux frais d'hospitalisation : contribution journalière forfaitaire laissée à la charge des adhérents par la LAMal en cas d'hospitalisation. Son montant est fixé par le législateur suisse (voir § modalités particulières pour les soins pris en charge par la LAMal).
- (18) Conformément au paragraphe Délai d'attente.
- (19) Les frais de confort sont pris en charge dans le cadre des hospitalisations chirurgicales, médicales et maternité. **Sont exclus en psychiatrie.**

OBJET DU CONTRAT

Le présent contrat a pour objet de garantir aux bénéficiaires des prestations le remboursement des frais médicaux et chirurgicaux qu'ils ont engagés, dans la limite des garanties et du niveau souscrit (cf. descriptif des prestations).

Il intervient en complément du régime de base.

ADHÉSION AU CONTRAT ET VIE DU CONTRAT

CONDITIONS D'ADHÉSION

Accès au contrat

L'adhésion au présent contrat est ouverte aux personnes :

- Revêtant la qualité de travailleur salarié frontalier suisse,
- Domiciliées en France (hors Corse, DROM et COM),
- Affiliées au régime d'assurance maladie suisse (la LAMal) ou au régime français de Sécurité sociale,
- Rattachées à une Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) en France et détentrices d'une carte Vitale permettant le remboursement des soins réalisés en France.

Tous les membres d'une même famille doivent souscrire au même niveau de garantie et au renfort le cas échéant.

Le renfort est ouvert uniquement aux adhérents des niveaux 3 à 6.

Limite d'âge

L'adhérent et ses ayants droit doivent être âgés au jour de l'adhésion de moins de 68 ans **(68 ans exclus)**.

Il est précisé que les garanties ne sont pas éligibles à la complémentaire santé solidaire prévue aux articles L. 861-1 et suivants du Code de la Sécurité sociale et n'entrent pas dans le champ d'application de la loi n° 94-126 du 11 février 1994 relative à l'initiative et à l'entreprise individuelle, dite Loi "Madelin" prévoyant la déductibilité fiscale des cotisations.

Cas particuliers des adhérents affiliés à une CPAM d'Alsace-Moselle

Pour les bénéficiaires rattachés à une CPAM d'Alsace-Moselle, la souscription n'est pas possible pour le niveau 1.

FORMALITÉS D'ADHÉSION

L'adhérent doit compléter, signer et dater une demande d'adhésion indiquant le niveau de garantie choisi et les éventuels ayants droit à garantir.

L'adhérent devra fournir toute pièce justificative permettant d'attester du statut de travailleur salarié frontalier suisse notamment une attestation employeur.

L'adhésion se fait sans formalité médicale.

La signature de la Demande d'Adhésion emporte acceptation des droits et obligations définis dans le présent document.

Conformément aux dispositions de l'article L. 223-1 du Code de la consommation, l'adhérent est informé qu'il existe une liste d'opposition gratuite au démarchage téléphonique sur laquelle il peut s'inscrire. Cette inscription permet à l'adhérent de ne pas être sollicité sur des produits d'assurance auxquels il n'aurait pas souscrit.

PRISE D'EFFET DE L'ADHÉSION

L'adhésion prend effet à la date indiquée sur le certificat d'adhésion et au plus tôt le lendemain de la réception au siège d'Alptis Assurances de la demande d'adhésion complétée et signée sous réserve d'acceptation notifiée par la délivrance d'un certificat d'adhésion et du paiement de la 1^{re} cotisation.

DÉLAI D'ATTENTE

Pour la garantie de base

Aucun délai d'attente ne s'applique.

Pour le renfort hospitalisation

- **Lorsque la souscription intervient simultanément à la garantie de base : un délai d'attente de 3 mois s'applique.**
- **Lorsque la souscription intervient ultérieurement : un délai d'attente de 6 mois s'applique.**

Le délai d'attente commence à courir à compter de la date de prise d'effet de l'adhésion du renfort figurant sur le certificat d'adhésion.

DROIT DE RENONCIATION

L'adhérent dispose d'un délai de 14 (quatorze) jours calendaires révolus pour renoncer à son adhésion.

En cas de renonciation, les dispositions suivantes s'appliquent (sauf dispositions particulières rappelées ci-après) :

- si des prestations ont été versées, l'adhérent s'engage à rembourser à l'organisme assureur les montants éventuellement perçus dans un délai de 30 (trente) jours ;
- si des cotisations ont été perçues, l'organisme assureur les remboursera à l'adhérent dans un délai de 30 (trente) jours.

Informations spécifiques à la vente à distance

Article L. 112-2-1 II du Code des assurances

"Toute personne physique ayant conclu à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle un contrat à distance dispose d'un délai de quatorze jours calendaires révolus pour renoncer, sans avoir à justifier de motif ni à supporter de pénalités".

Le contrat est vendu à distance s'il est conclu au moyen d'une ou plusieurs techniques de commercialisation à distance, notamment vente par correspondance ou Internet.

L'adhérent dispose, dans le cadre du présent contrat, d'un délai de 14 (quatorze) jours calendaires révolus pour renoncer à son adhésion à compter de la prise d'effet de l'adhésion ou à compter du jour où l'adhérent reçoit les conditions contractuelles et les informations, si cette dernière date est postérieure à celle de la prise d'effet de l'adhésion.

Les frais afférents à la technique de commercialisation à distance sont à la charge de l'Adhérent (coûts des communications téléphoniques, connexions à Internet) et ne feront l'objet d'aucun remboursement.

En cas d'adhésion dans le cadre d'un démarchage à domicile à résidence ou sur le lieu de travail

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 ou par envoi recommandé électronique avec demande d'avis de réception pendant le délai de quatorze jours calendaires révolus à compter du jour de la conclusion du contrat, sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités”.

L'adhérent dispose, dans le cadre du présent contrat, d'un délai de 14 (quatorze) jours calendaires révolus pour renoncer à son adhésion à compter de la date de conclusion de celle-ci (qui correspond à la date d'émission du certificat d'adhésion). L'adhérent ne peut plus exercer son droit de renonciation dès lors qu'il a connaissance d'un sinistre mettant en jeu les garanties du contrat.

Modalités d'exercice du droit de renonciation

Le courrier de renonciation devra être envoyé à Alptis Assurances - 25 cours Albert Thomas - 69445 LYON CEDEX 03, en recommandé ou en recommandé électronique avec avis de réception.

Modèle de lettre de renonciation :

“Je soussigné(e) (Nom, Prénom et numéro de l'adhérent), demeurant àai l'honneur de vous informer que je renonce à mon adhésion au contrat (Nom et N° de contrat) que j'ai signé le (date)”.

A..... Le

Signature

DATE D'EFFET DES GARANTIES

Le droit aux prestations est acquis à la date de prise d'effet de la garantie ou de l'inscription au contrat en cas de modification de la situation de la famille figurant sur le certificat d'adhésion et le cas échéant après l'expiration du délai d'attente pour le renfort.

MODIFICATION DE GARANTIE

Après un an d'adhésion à la garantie, l'adhérent pourra demander la modification de sa garantie (en optant pour un niveau inférieur ou supérieur) pour un effet au 1^{er} jour du mois suivant la demande.

Cette modification s'applique également à l'ajout ou la suppression du renfort, sous réserve de remplir les conditions d'adhésion inscrites au sein du descriptif des prestations.

DURÉE DE L'ADHÉSION

La garantie acquise est viagère sauf en cas de déclarations inexactes faites à l'adhésion ou de perte de la qualité d'assuré social affilié au régime de base ou dans les cas définis au paragraphe cessation des garanties. En cours de contrat, aucun bénéficiaire des prestations ne peut être exclu de la garantie, ni voir sa cotisation majorée en raison d'une dégradation de son état de santé.

L'adhésion s'entend pour la durée de l'année civile en cours, puis se renouvelle annuellement par tacite reconduction.

CHANGEMENT DE LA SITUATION DU BÉNÉFICIAIRE DES PRESTATIONS

L'adhérent doit informer Alptis Assurances par écrit, dans le mois qui suit tout changement dans la situation d'un bénéficiaire des prestations :

- d'un changement d'adresse : par défaut, les lettres adressées au dernier domicile connu produiront tous leurs effets ;
- d'un changement du régime de base ;
- d'un changement de profession.

GARANTIES

RISQUES COUVERTS

Les prestations garanties sont complémentaires aux prestations en nature des assurances maladie et maternité du régime de base des bénéficiaires des prestations et leur attribution est subordonnée à la déclaration et à la prise en charge par cet organisme des frais engagés par le bénéficiaire des prestations (sauf mention explicite dans le descriptif des prestations).

Les prestations accordées par l'organisme assureur visent au remboursement des dépenses pour les types d'actes ci-après énumérés, sous réserve des exclusions figurant à l'article "Risques exclus".

Sont couverts les frais médicaux et l'hospitalisation résultant d'un accident, d'une maladie et de la maternité.

Seuls les frais expressément mentionnés dans le descriptif des prestations sont pris en charge.

ÉTENDUE TERRITORIALE DES GARANTIES

Les garanties sont accordées en France métropolitaine, dans les départements de la Martinique, de la Guadeloupe, de la Réunion, et de la Guyane, à Saint-Barthélemy ou à Saint-Martin (**territoire français**), ainsi qu'en Suisse, et dans le monde entier lors de séjours n'excédant pas trois mois par an. Toutefois, l'indemnisation des soins effectués à l'étranger est subordonnée à la prise en charge par le régime de base de l'adhérent. Le niveau des remboursements est défini dans le poste "Soins inopinés à l'étranger" du descriptif des prestations. Les règlements sont effectués en France et en euros.

MODALITÉS PARTICULIÈRES POUR LES SOINS RÉALISÉS EN SUISSE

Pour les assurés affiliés au régime de base français

Pour les soins réalisés en Suisse pris en charge sur la Base de Remboursement de la Sécurité sociale (BRSS)

Le remboursement s'effectue selon les modalités prévues par la législation française sur la base de remboursement de la Sécurité sociale (au même tarif que les soins réalisés en France).

Pour les soins réalisés en Suisse pris en charge sur la Base de Remboursement de la LAMal

Le remboursement est subordonné à la prise en charge par le régime de base français.

La participation aux coûts* retenue par le régime LAMal non prise en charge par le régime de base français n'est pas remboursée au titre du présent contrat.

*A titre indicatif, à la date du 1^{er} janvier 2025 cette participation aux coûts (ou participation hospitalière) s'élève pour les adultes à 92CHF pour les soins et 15 CHF par jour d'hospitalisation. Ces montants sont susceptibles d'être actualisés dans le temps.

Pour les soins réalisés en Suisse non pris en charge par le régime de base français

L'assuré doit faire parvenir à Alptis Assurances la facture accompagnée du détail des soins, de la prescription médicale et du reçu de paiement. Le taux de change retenu est celui publié par la BCE (Banque Centrale Européenne) correspondant à la date de paiement des prestations. Vos soins seront pris en charge au regard des garanties que vous avez souscrites, lesquelles correspondent à votre régime de base.

Pour les assurés affiliés au régime de base suisse (la LAMal)

Pour les soins réalisés en Suisse pris en charge par la LAMal

Les frais d'hospitalisation en secteur hospitalier privé ou semi privé ne sont pas couverts au titre du présent contrat.

La participation aux coûts retenue par la LAMal se compose (les montants donnés à titre indicatif ci-après sont susceptibles d'être révisés par le législateur suisse) de la façon suivante :

- D'une franchise ordinaire annuelle : **cette franchise annuelle n'est pas prise en charge au titre du présent contrat**. A titre indicatif, à la date du 1^{er} janvier 2025, cette franchise s'élève à 300 CHF par an et par adulte.
- D'une contribution journalière aux frais d'hospitalisation : cette contribution forfaitaire aux frais d'hospitalisation peut être remboursée au titre du présent contrat **dans les limites prévues et uniquement pour les postes de garanties strictement listés dans le descriptif des prestations**. A titre indicatif, à la date du 1^{er} janvier 2025, cette contribution aux frais d'hospitalisation est de 15 CHF par jour d'hospitalisation pour les adultes de 25 ans et plus.
- D'une quote-part : cette quote-part peut être remboursée au titre du présent contrat **dans les limites prévues et uniquement pour les postes de garanties strictement listés dans le descriptif des prestations**. Elle représente au minimum 10% des frais dépassant la franchise dans la limite de 700 CHF pour les adultes et 350 CHF pour les enfants, par année civile.

Pour les soins réalisés en Suisse non pris en charge par la LAMal

L'assuré doit faire parvenir à Alptis Assurances la facture accompagnée du détail des soins, le cas échéant de la prescription médicale et du reçu du paiement. Le taux de change retenu est celui publié par la BCE (Banque Centrale Européenne) correspondant à la date de paiement des prestations. Vos soins seront pris en charge au regard des garanties que vous avez souscrites, lesquelles correspondent à votre régime de base.

MODALITÉS D'APPLICATION DES FORFAITS (montants exprimés en euros)

Les forfaits utilisés en France et en Suisse concernant les garanties suivantes : équipement optiques (monture + verres), lentilles et chirurgie réfractive ne sont pas cumulables.

La consommation d'un équipement optique ou de lentilles dans l'année d'adhésion, soit par période de 12 (douze) mois successifs à compter de la date d'effet de la garantie exclut tout remboursement au titre de la chirurgie réfractive.

HOSPITALISATION MÉDICALE, CHIRURGICALE, À DOMICILE, MATERNITÉ, EN ÉTABLISSEMENTS ET UNITÉS SPÉCIALISÉS

Le forfait journalier hospitalier, mentionné dans le descriptif des prestations pour les actes et soins réalisés en France, correspond au forfait journalier prévu à l'article L. 174-4 du Code de la Sécurité sociale fixé par arrêté.

Seuls sont pris en charge les soins et séjours effectués au sein des établissements sanitaires. On entend par établissements sanitaires :

- les établissements de médecine, chirurgie, obstétrique ;
- les établissements et unités spécialisés :
 - psychiatriques ;
 - de soins de suite ;
 - de réadaptation et rééducation.

Pour pouvoir être indemnisé, le séjour doit donner lieu en outre à facturation du forfait journalier (sauf dans le cas de l'hospitalisation à domicile).

Les séjours en établissements ou unités spécialisés sont pris en charge même s'ils ne font pas suite à une hospitalisation.

Les prestations et séjours effectués au sein des établissements médico-sociaux ne sont pas pris en charge.

FORFAIT NAISSANCE OU ADOPTION

Le forfait est alloué sous réserve de l'inscription de l'enfant par l'adhérent dans un délai de 2 (deux) mois suivant la naissance ou l'adoption.

Ce forfait est un forfait unique non doublé en cas de naissance ou d'adoption multiple.

FONCTIONNEMENT DES MONTANTS EXPRIMÉS EN EUROS HORS ÉQUIPEMENT OPTIQUE

Les montants exprimés en euros, **hors équipement optique**, sont alloués par année d'adhésion et par bénéficiaire.

FONCTIONNEMENT DES PRESTATIONS DE L'ÉQUIPEMENT OPTIQUE (monture + verres)

Précisions sur le fonctionnement des actes remboursés

Territorialité de vos forfaits optiques

Les forfaits optiques inscrits dans les garanties de base sont ouverts aux adhérents affiliés à la LAMal ou à la Sécurité sociale française et ne sont utilisables qu'en France.

Le descriptif des prestations distingue les équipements de la classe A relevant du panier 100% Santé et les équipements de la classe B hors panier 100% Santé.

Conformément à la réforme dite "100% Santé", les équipements appartenant à la classe A font l'objet d'une prise en charge renforcée par le régime de base. En conséquence, une fois le remboursement effectué par la Sécurité sociale et celui opéré au titre de votre Contrat complémentaire, dans la limite des Prix Limites de Vente, aucun reste à charge ne sera supporté par l'adhérent.

Les équipements de la classe B bénéficient d'une prise en charge intervenant dans la limite fixée par les textes relatifs aux "contrats responsables" et conformément au niveau de garanties souscrit. Ainsi, un éventuel reste à charge pourra être supporté par l'adhérent.

Les montants en euros des forfaits optiques du descriptif des prestations intègrent la prise en charge du régime de base.

Lorsque l'adhérent choisit une monture de classe B, la prise en charge de la monture au sein de l'équipement est limitée à 100 (cent) euros.

Cas particulier pour les équipements mixtes

Les équipements mixtes sont composés d'une part de verres, et d'autre part d'une monture, de classes différentes (classe A ou B).

Les montants hors panier 100 % Santé mentionnés au sein du descriptif des prestations s'appliquent également lorsque l'adhérent opte pour un équipement composé d'une monture et des verres appartenant à des classes différentes.

Dans ces hypothèses, l'élément de classe B sera remboursé conformément au niveau de garanties souscrit, déduction faite du remboursement de l'élément de classe A.

Conditions de renouvellement

Les prestations sont allouées conformément à la législation en vigueur du contrat responsable et par période de 2 (deux) ans. Ce délai commence à courir à compter de la date d'acquisition de l'équipement optique (monture + verres).

Toutefois, pour les mineurs de moins de 16 ans, les prestations s'appliquent par période annuelle à compter de la date d'acquisition de l'équipement optique sur présentation d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique.

Les prestations s'appliquent par période de 6 (six) mois pour les enfants jusqu'à l'âge de 6 ans, uniquement en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur.

Dans les autres cas, les prestations s'appliquent par période annuelle.

Conditions de renouvellement anticipé

Les prestations sont allouées par période annuelle pour les personnes d'au moins 16 ans en cas de renouvellement complet de l'équipement justifié par une évolution de la vue. L'évolution de la vue est constatée soit par la présentation d'une nouvelle prescription médicale, soit lorsque l'opticien-lunetier adapte la prescription médicale lors d'un renouvellement de délivrance en application de l'article D. 4362-12-1 du Code de la Santé publique. L'évolution de la vue est caractérisée par l'une des situations suivantes :

- variations 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 (+) supérieur à 4,00 dioptries.

Cas particulier du renouvellement anticipé des verres

Aucun délai de renouvellement minimal des verres n'est applicable, sous réserve de la présentation d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique avec mention de la situation médicale particulière, dans les cas suivants :

- pour les personnes de moins de 16 ans en cas d'évolution de la vue ;
- pour toutes personnes en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières, précisées par l'arrêté du 3 décembre 2018 portant modification des modalités de prise en charge de dispositifs médicaux et prestations associées pour la prise en charge d'optique médicale.

DENTAIRE

Précisions sur le fonctionnement des actes remboursés

Le descriptif des prestations distingue les actes relevant du panier 100% Santé et les actes hors panier 100% Santé.

Sont visés par les actes hors panier 100% Santé, les actes du panier à reste à charge modéré (avec des honoraires limites de facturation) et les actes du panier à prix libre (absence d'honoraires limites de facturation). Ceux-ci sont remboursés en fonction du niveau de garantie souscrit par assuré.

Les plafonds dentaires s'appliquent par bénéficiaire et par année d'adhésion (12 (douze) mois successifs à partir de la date d'effet de la garantie), les montants ne se cumulent pas d'une année sur l'autre et par bénéficiaire. Ils interviennent sur tous vos actes dentaires hors soins, y compris ceux du panier 100% Santé.

Le montant de base du plafond dentaire est majoré à partir de la troisième année d'adhésion, conformément au descriptif des prestations.

Une fois les plafonds dentaires atteints :

- le remboursement est limité au ticket modérateur pour le panier hors 100% Santé,
- la prise en charge des actes du panier 100% Santé se fera à la hauteur des frais réels, et sous déduction des prises en charge du régime de base.

Bonus fidélité

Après deux ans d'adhésion du bénéficiaire, les prestations sont majorées selon les modalités prévues au sein du descriptif des prestations pour les garanties expressément visées par ce dernier. Le nombre d'année d'adhésion est calculée à compter de la date d'effet de la garantie.

Toute modification de garantie (à la hausse et à la baisse) annule le nombre d'années d'adhésion écoulées avant celle-ci.

AIDE AUDITIVE

La prise en charge par l'organisme assureur des prestations Aides auditives est différente en fonction de la classe à laquelle appartient l'aide auditive, à savoir à la classe I ou la classe II. Conformément à la réforme dite "100% Santé", les aides auditives appartenant à la classe I font l'objet d'une prise en charge renforcée. A ce titre, une fois le remboursement effectué par le régime de base et celui opéré au titre de votre Contrat complémentaire dans la limite des Prix Limites de Vente, aucun reste à charge ne sera supporté par l'adhérent.

Les aides auditives de classe II bénéficieront d'une prise en charge intervenant dans la limite fixée par les textes relatifs aux contrats responsables et conformément au niveau de garanties souscrit. Ainsi, un éventuel reste à charge pourra être supporté par l'adhérent.

La prise en charge est limitée à un équipement par oreille tous les 4 (quatre) ans à compter de la date d'acquisition de l'aide auditive et dans la limite du prix limite de vente par aide auditive de classe I, ou dans la limite de 1 700 euros par une aide auditive de classe II incluant la prise en charge du régime de base. Conformément à la réforme dite "100% Santé", la périodicité de renouvellement de 4 (quatre) ans à compter de la dernière prise en charge de l'aide auditive par le régime de base et tient compte des 4 (quatre) années antérieures.

MÉDICAMENT

La liste des médicaments et leur taux de prise en charge par la Sécurité sociale est disponible sur le site medicaments.gouv.fr.

CURES THERMALES

Lorsque le contrat prévoit le remboursement de cures thermales, seules celles médicalement prescrites et prises en charge par le régime de base sont remboursées.

Les montants exprimés en euros pour les cures thermales sont alloués par année civile (du 1^{er} janvier au 31 décembre), les montants ne se cumulent pas d'une année sur l'autre.

ACTES DE MÉDECINE COMPLÉMENTAIRE

Les actes de médecine complémentaire, non pris en charge par le régime de base, de shiatsu, d'acupuncteur, d'ostéopathe, de chiropracteur, d'étiopathe, d'ergothérapeute, de réflexologue, de naturopathe, de phytothérapeute, de psychologue, de sexologue, de psychomotricien, de sophrologue, d'hypnothérapeute, de pédicure-podologue, et de diététicien sont pris en charge **selon le montant prévu par le descriptif des prestations et par bénéficiaire. Le nombre total de séance est limité à 4, qu'elles soient réalisées en France ou en Suisse.** Pour les actes réalisés en France, ces derniers doivent avoir été réalisés par des praticiens pouvant justifier d'un diplôme d'état ou universitaire, d'une formation certifiée par l'Ecole de la spécialité ou d'une certification par la fédération française de la discipline.

SOINS INOPINÉS À L'ÉTRANGER (hors Suisse et France)

Lorsque les garanties souscrites prévoient le remboursement des soins inopinés à l'étranger (hors Suisse et France), **seuls les soins imprévus lors de voyages ou de séjours dans un pays étranger (hors Suisse et France) de moins de 3 (trois) mois et pris en charge par le régime de base sont remboursés.** Les soins sont considérés comme imprévus dès lors que le déplacement dans un pays étranger n'avait pas pour but de s'y faire soigner.

MODALITÉS DE REMBOURSEMENTS

TÉLÉTRANSMISSION (pour les soins réalisés en France)

Afin d'éviter l'envoi des décomptes papiers, Alptis Assurances pratique la télétransmission informatique des décomptes de prestations de Sécurité sociale française. Lorsque celle-ci est opérationnelle, la mention *"nous avons également transmis ces informations à votre organisme complémentaire"* figure sur le décompte de votre caisse de rattachement à la Sécurité sociale française. Le service de télétransmission est un service gratuit. Cette liaison est enregistrée à réception des attestations délivrées avec la Carte Vitale de tous les bénéficiaires des prestations inscrits. Lorsque la télétransmission n'est pas opérationnelle, en particulier lorsque les soins sont pris en charge par le régime de base LAMal, les bénéficiaires des prestations doivent adresser à Alptis Assurances les décomptes originaux des prestations délivrés par le régime de base pour obtenir le règlement des prestations. En outre, pour les actes non pris en charge par le régime de base, le bénéficiaire des prestations doit envoyer à Alptis Assurances les factures originales et acquittées pour obtenir le règlement des prestations dont les montants sont exprimés en euros (dentaire, optique...). Dans tous les cas, l'organisme assureur peut subordonner le service des prestations à la communication préalable par le bénéficiaire des prestations d'informations ou justificatifs complémentaires. **Les demandes de remboursements doivent être présentées dans un délai maximum de 2 (deux) ans à partir de la date de l'événement ouvrant droit à la prestation.** La date des soins prise en compte est celle retenue par la Sécurité sociale française sur le décompte.

Le versement de la prestation s'effectuera après réception et vérification de l'ensemble des pièces requises pour le traitement de la demande.

TIERS PAYANT (pour les soins réalisés en France)

Le tiers payant permet aux bénéficiaires des prestations d'éviter l'avance de la partie des dépenses de santé prises en charge par la garantie dans la limite de la base de remboursement de la Sécurité sociale. Cette dispense résulte d'accords conclus par les établissements, les praticiens et les organismes sociaux en application de l'article L. 160-10 du Code de la Sécurité sociale. **Il ne s'applique que pour les soins réalisés en France.**

Le tiers payant hospitalisation est plafonné à 200% de la BRSS. Au-delà, l'éventuel complément du remboursement est versé à l'assuré sur présentation de la facture acquittée de l'établissement hospitalier et du décompte de la Sécurité sociale française.

Le tiers payant est disponible dans tous les départements français, ainsi qu'à Saint-Barthélemy et Saint-Martin (**territoire français**) et selon les accords passés avec les praticiens. Pour les prestations "Optique, Dentaire, Aide auditive et Hospitalisation", le tiers payant évite l'avance des frais, dans la limite du contrat souscrit.

PRISE EN CHARGE EN CAS D'HOSPITALISATION EN FRANCE

En cas d'hospitalisation dans toute la France (y compris Corse) dans un établissement conventionné (cliniques, hôpitaux publics et privés) pratiquant le tiers payant avec les caisses de Sécurité sociale, Alptis Assurances délivre des prises en charge permettant d'éviter à l'adhérent l'avance des frais. **Cette disposition n'est pas applicable en cas d'hospitalisation en Suisse.**

RISQUES EXCLUS

Ne sont pas pris en charge les frais qui sont la conséquence de :

- la désintégration du noyau atomique ;
- la guerre civile ou étrangère ;
- la faute intentionnelle ou dolosive de l'assuré prouvée par l'organisme assureur, y compris la mutilation volontaire ;
- le suicide pendant la première année suivant l'adhésion ;
- l'usage de stupéfiants non ordonnés médicalement.

De plus, ne sont pas pris en charge :

- les frais relatifs aux soins effectués antérieurement à la date d'adhésion ou postérieurement à la date de cessation des garanties ;
- les séjours qui sont en cours à la date d'adhésion, dans tous types d'établissements, sauf si l'adhésion fait suite à une couverture antérieure, sans interruption entre les deux contrats ;
- les séjours et frais relatifs aux établissements et services sociaux, médico-sociaux, médico-pédagogiques ; aux établissements ou unités de longs séjours ; aux établissements ou unités pour personnes âgées ;
- la chirurgie esthétique et les actes esthétiques non pris en charge par le régime de base ;
- la franchise annuelle ordinaire appliquée par la LAMal et les frais d'hospitalisation en secteur hospitalier privé ou semi privé ;
- les actes cotés hors nomenclature sauf mention contraire prévue dans le descriptif des prestations.

Le contrat dit responsable ne couvre pas, conformément à l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale et ses textes d'application :

I. La participation forfaitaire instaurée par l'article L. 160-13 II du Code de la Sécurité sociale et la franchise médicale instaurée par l'article L. 160-13-III du Code de la Sécurité sociale ;

II. Les pénalités résultant du non-respect du parcours de soins :

- la majoration du ticket modérateur mentionnée à l'article L. 162-5-3 du Code de la Sécurité sociale ;

- les dépassements d'honoraires sur les actes cliniques et techniques pris en application du 18° de l'article L. 162-5 du Code de la Sécurité sociale, à hauteur au moins du dépassement autorisé sur les actes cliniques ;

III. Tout autre acte, prestation, majoration, franchise ou dépassement d'honoraire dont la prise en charge serait exclue par l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale et ses textes d'application.

Enfin, en tout état de cause, aucune exclusion ne peut être opposée à la prise en charge des frais pour lesquels les obligations minimales de couverture sont fixées aux articles R. 871-1 et R. 871-2 du Code de la Sécurité sociale.

LIMITE DES PRESTATIONS

Pour les soins et actes réalisés en France les participations mises à la charge des assurés par le régime de base ne sont pas remboursées par le présent contrat dans les cas suivants :

- les dépassements d'honoraires des médecins du secteur 1 (sur les actes techniques et cliniques) et les majorations du ticket modérateur en cas de non-respect du parcours de soin ;
- la participation forfaitaire pour toutes les consultations ou actes réalisés par un médecin, les examens radiologiques et les analyses de biologie médicale ;
- les franchises médicales appliquées pour les boîtes de médicament, les actes paramédicaux et les transports sanitaires.

Conformément à l'article 9 alinéa 1 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 et à l'article 2 alinéa 1 du décret n° 90-769 du 30 août 1990, les remboursements ou indemnités des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge de l'assuré ou de l'adhérent après les remboursements de toute nature auxquels il a droit. Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit sa date de souscription. Dans cette limite, le bénéficiaire du contrat ou de la convention peut obtenir l'indemnité en s'adressant à l'organisme de son choix.

En tout état de cause, le cumul des remboursements obtenu du régime de base et des garanties complémentaires ne pourra dépasser les plafonds prévus par le dispositif du contrat responsable.

CESSATION DES GARANTIES

Les garanties cessent dans les cas suivants :

- dès que l'adhérent ne remplit plus les conditions pour être garanti ;
- en cas d'exercice de la faculté de renonciation ;
- en cas de dénonciation de l'adhésion suite à une modification du contrat d'assurance de groupe, en application des dispositions de l'article L. 141-4 du Code des assurances ;
- en cas de décès du bénéficiaire des prestations ;
- en cas de résiliation par l'adhérent à tout moment à l'expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription du contrat, au choix de l'adhérent :
 - 1° Soit par lettre ou tout autre support durable ;
 - 2° Soit par déclaration faite au siège d'Alptis Assurances, 25 cours Albert Thomas 69445 Lyon cedex 03 ;
 - 3° Soit par acte extrajudiciaire ;
 - 4° Soit, lorsque Alptis Assurances propose la conclusion de contrat par un mode de communication à distance, par le même mode de communication.

Alptis Assurances confirme par écrit la réception de la notification. La résiliation prend effet un mois à compter de la réception de cette notification ; les cotisations restent dues jusqu'à la date d'effet de la résiliation. En cas d'encaissement de cotisations pour la période non couverte, Alptis Assurances sera tenu au remboursement de celles-ci dans un délai de trente (30) jours à compter de la date d'effet de la résiliation ;

- en cas de résiliation par l'adhérent à l'échéance annuelle au 31 décembre, en utilisant tout support énuméré ci-avant et prévu par l'article L. 113-14 du Code des assurances, avec un préavis de 2 (deux) mois (avant le premier novembre) ; les cotisations restent dues pour la totalité de l'exercice (jusqu'au 31 décembre) ;
- en cas d'exercice de l'une de vos facultés de résiliation précitées, vous pouvez notifier votre demande via la fonctionnalité prévue à cet effet sur votre espace adhérent. Alptis Assurances confirme la réception de la notification et vous informe par tout support durable, dans des délais raisonnables, de la date à laquelle le contrat prend fin et des effets de la résiliation ;
- en cas de démission par l'adhérent de l'association : celle-ci s'effectue dans les mêmes conditions que celles prévues ci-dessus en cas de résiliation par l'adhérent ;
- en cas de non-paiement des cotisations : Cf. § DÉFAUT DE PAIEMENT DES COTISATIONS.

Les garanties cessent à la date d'effet de la résiliation.

Les conditions de radiation d'un ayant droit sont identiques aux conditions de résiliation d'un adhérent. La résiliation de la garantie de base entraîne la résiliation des renforts optionnels ou packs optionnels.

COTISATIONS

MONTANT DES COTISATIONS

Le montant de la cotisation de la garantie de base est fonction :

- du niveau de garanti choisi,
- du régime de protection sociale,
- du régime de base,
- du nombre d'ayants droit de l'adhérent,
- de l'âge des bénéficiaires des prestations.

A ces cotisations s'ajoutent :

- la cotisation d'adhésion à l'association,
- le droit d'entrée (qui est perçu une fois pour toute lors de l'adhésion).

PAIEMENT DES COTISATIONS

Les cotisations sont payables d'avance annuellement. Elles peuvent faire l'objet d'un fractionnement semestriel, trimestriel ou mensuel.

VARIATIONS DES COTISATIONS ET DES GARANTIES

La cotisation évolue contractuellement au 1^{er} janvier de chaque année en fonction de l'âge successivement atteint. Il n'y a pas d'évolution de cotisation entre 0 et 19 ans. Au 1^{er} janvier de l'année de ses 20 ans, l'enfant se verra appliquer une cotisation adulte qui évolue contractuellement pour la garantie de base et le renfort hospitalisation, selon les modalités suivantes :

- 3% de 20 ans jusqu'à l'âge de 30 ans,
- 2% de 31 ans à 59 ans,
- 3% à partir de 60 ans.

Outre l'évolution en fonction de l'âge, les cotisations peuvent évoluer au 1^{er} janvier de chaque année en fonction de l'évolution des dépenses des régimes d'assurance maladie français et/ou suisse, et des résultats du groupe assuré. De même, les garanties et les cotisations peuvent être réactualisées à tout moment en cas de modification des remboursements des régimes de base, ou de la législation fiscale ou sociale.

DÉFAUT DE PAIEMENT DES COTISATIONS

En cas de non-paiement d'une cotisation ou d'une fraction de cotisation dans les 10 (dix) jours de son échéance, Alptis Assurances adressera à l'adhérent par lettre recommandée, une mise en demeure pouvant entraîner sa résiliation à l'expiration d'un délai de 40 (quarante) jours, dans les conditions définies à l'article L. 141-3 du Code des assurances.

Les cotisations sont dues jusqu'à la fin de l'exercice en cours. Les garanties cessent à la date d'effet de la résiliation.

DISPOSITIONS DIVERSES

PROTECTION DES DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL

Les informations recueillies par Alptis Assurances font l'objet d'un traitement informatique aux fins de la passation, de la gestion et de l'exécution du contrat, ainsi que de l'adhésion à l'association. Des données de santé sont collectées aux fins de l'appréciation du risque ou de la mise en œuvre des garanties souscrites. Toutes ces informations sont nécessaires au traitement de votre dossier. Le défaut de fourniture des informations obligatoires peut avoir pour conséquence le non-traitement de votre dossier. Ces informations peuvent également être traitées en vue du respect d'obligations légales, notamment en matière de lutte contre la fraude et de lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme. Il est précisé qu'une fraude avérée pourra conduire à l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude, pendant cinq ans, et que cette inscription pourra bloquer toute entrée en relation contractuelle avec l'assureur pendant cinq ans durant cette période. Enfin, les données personnelles collectées sont susceptibles d'être utilisées à des fins statistiques, commerciales, de reporting, d'amélioration des services proposés ou de profilage, sur la base des intérêts légitimes du responsable de traitement (sauf opposition). Elles seront conservées pour des durées qui varient en fonction des finalités susvisées, et au maximum pendant la durée de la relation contractuelle, à laquelle s'ajoutent les durées de prescription légale en vigueur. Les destinataires des données sont, suivant les finalités et dans la limite de leurs attributions : les services compétents d'Alptis Assurances (y compris le Médecin-Conseil), l'association souscriptrice, l'organisme assureur et, le cas échéant, les réassureurs, les fonds de garantie, votre intermédiaire en assurances, ainsi que les tiers habilités appelés à connaître le contrat en raison de sa gestion. Alptis Assurances, l'association souscriptrice et l'organisme assureur prennent toutes les précautions propres à assurer la sécurité et la confidentialité des données personnelles collectées. Conformément au Règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 et à la loi "Informatique et libertés" du 6 janvier 1978 modifiée, toute personne concernée dispose d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement et de portabilité des données la concernant ainsi que du droit de demander la limitation du traitement ou de s'y opposer.

En outre, toute personne concernée a la possibilité de définir des directives relatives à la conservation, à l'effacement et à la communication de ses données personnelles applicables après son décès. Vous pouvez exercer ces droits en vous adressant à : Alptis Assurances, 25 cours Albert Thomas, 69445 Lyon cedex 03 ou contact-cnill@alptis.fr. Alptis Assurances se chargera de diffuser ces éventuelles modifications aux autres destinataires. En cas de désaccord persistant, toute personne concernée peut introduire une réclamation auprès de la CNIL à l'adresse suivante : Commission Nationale Informatique et Libertés, 3 place de Fontenoy, 75007 Paris. Pour plus d'informations, vous pouvez consulter notre Charte de protection des données à caractère personnel sur <http://www.alptis.org>.

AUTORITÉ CHARGÉE DU CONTRÔLE

L'autorité chargée du contrôle de l'organisme assureur et d'Alptis Assurances est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) - 4 Place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris cedex 09.

FONDS DE GARANTIE

Il existe un fonds de garantie des assurés contre la défaillance des sociétés d'assurance de personnes instauré par la loi n° 99-532 du 25 juillet 1999 (article L. 423-1 du Code des assurances).

PRESCRIPTION

La prescription est l'extinction d'un droit après un délai prévu par la loi. Toutes actions dérivant du présent contrat sont prescrites dans les délais et termes des articles suivants du Code des assurances.

Article L. 114-1 du Code des assurances

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

Toutefois, ce délai ne court :

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

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

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

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

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

Article L. 114-2 du Code des assurances

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription* et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique, avec avis de réception, adressés par l'Assureur à l'Assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'Assuré à l'Assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Article L. 114-3 du Code des assurances

Par dérogation à l'article 2254 du Code civil, les parties à une opération individuelle ou collective 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.

***Causes ordinaires d'interruption de la prescription communes aux organismes relevant du Code des assurances.**

En application de ces dispositions, constituent des causes ordinaires d'interruption de la prescription :

- la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait en l'espèce, par exemple, la reconnaissance de l'organisme assureur du droit de la garantie contestée (article 2240 du Code civil) ;
- l'exercice d'une action en justice, même en référé, y compris lorsque l'action est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure (article 2241 du Code civil) ;
- une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée [commandement de payer, saisie... (article 224 du Code civil)] ;
- l'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait.

A noter que l'interpellation faite à l'un des héritiers d'un débiteur solidaire ou la reconnaissance de cet héritier, n'interrompt le délai de prescription que pour la part de cet héritier (article 2245 du Code civil).

L'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance pour les cas de prescription applicables aux cautions (article 2246 du Code civil). La prescription est également interrompue en cas de saisine du médiateur.

SANCTIONS EN CAS DE FAUSSE DÉCLARATION

Les déclarations faites par l'adhérent pour lui-même et les autres bénéficiaires des prestations servent de base à l'adhésion. En cas de réticence, omission ou déclaration fautive ou inexacte intentionnelle ou non lors de l'adhésion ou lors de la déclaration de sinistre, seront appliquées selon les cas, les dispositions des articles L. 113-8 (nullité du contrat) et L. 113-9 (réduction des indemnités) du Code des assurances.

SUBROGATION

En cas de sinistre provoqué par un tiers responsable, l'organisme assureur exercera son recours contre le tiers responsable à concurrence des prestations et indemnités versées au bénéficiaire.

EXAMEN DES RÉCLAMATIONS - MÉDIATION

En cas de difficulté dans l'application du contrat, l'adhérent, les bénéficiaires, les mandataires ou les ayants droit peuvent adresser une réclamation à Alptis Assurances, au travers de l'un des canaux de contacts suivants :

- dépôt d'un formulaire de réclamation en ligne, au sein de son espace personnel sécurisé (Espace adhérent), accessible à l'adresse suivant : <https://www.alptis.org/assurance/espace-adherent/> ;
- courrier adressé au Service Client d'Alptis Assurances - 25 cours Albert Thomas 69003 Lyon, en précisant son numéro d'adhérent.

Alptis Assurances accusera réception de la réclamation dans un maximum de 10 (dix) jours ouvrables suivant la date d'envoi de la réclamation écrite (sauf si une réponse a pu être apportée à l'intéressé au cours de ce délai) et, en tout état de cause, apportera une réponse à la réclamation dans un délai maximum de 2 (deux) mois à compter de l'envoi de la première réclamation écrite.

Lorsqu'aucune solution à un litige n'a pu être trouvée ou si Alptis Assurances n'a pas répondu dans le délai de 2 (deux) mois à compter de l'envoi de la première réclamation écrite, l'adhérent, les bénéficiaires, les mandataires ou les ayants droit ont la possibilité de saisir le Médiateur dans un délai maximal d'un an après l'envoi de la première réclamation écrite auprès de nos services, quel que soit l'interlocuteur ou le service auprès duquel elle a été formulée et qu'il y ait été ou non répondu. Les coordonnées du Médiateur lui seront transmises par les services d'Alptis Assurances.

Le médiateur ne pourra examiner la demande que si aucune action judiciaire n'a été engagée. Après avoir instruit le dossier, il rend un avis motivé dans les 3 (trois) mois qui ne lie pas les parties.

Il est rappelé que l'adhérent, les bénéficiaires, les mandataires ou les ayants droit ont la possibilité de soumettre tout litige auprès du tribunal compétent. Les modalités de traitement des réclamations sont disponibles sur le site Internet d'Alptis Assurances, à l'adresse www.alptis.org (rubrique "Tous mes contacts / Faire une réclamation").

Alptis Assurances

Intermédiaire en assurance - Société par Actions Simplifiée au capital de 10 000 000 € - 25 cours Albert Thomas 69003 Lyon - RCS de LYON n° 335 244 489 - N° TVA intracommunautaire : FR37335244489 - N° ORIAS : 07 005 850 - www.orias.fr - IDU EMBPG : FR341758_01CWQT - Assurance de Responsabilité Civile Professionnelle et Garantie Financière conformes au Code des Assurances - Tél : 04 72 36 16 16

CNP Assurances

Siège social : 4 promenade Coeur de Ville 92130 Issy-les-Moulineaux - 01 42 18 88 88 - www.cnp.fr - Société anonyme au capital de 686 618 477 euros entièrement libéré - 341 737 062 RCS Nanterre - Entreprise régie par le code des assurances - IDU REP Papiers : FR231782_03IAIS

Notice d'information

ASSISTANCE SANTÉ INDIVIDUELLE

Le présent document constitue la notice d'information prévue par l'article L. 141-4 du Code des assurances. Il reprend les dispositions du contrat d'assurance de groupe n° 922728 passé entre les associations Alptis, Apti, Alptis Seniors, Alptis Frontaliers et AWP P&C. Il reproduit également les dispositions du contrat d'assurance de groupe de durée annuelle à tacite reconduction, souscrit par les associations sus-visées auprès de Groupama Rhône-Alpes Auvergne, entreprise régie par le Code des assurances pour la garantie exonération des cotisations.

Les relations précontractuelles et contractuelles entre les parties sont régies par le droit français et notamment par le Code des assurances.

Les parties utiliseront la langue française pendant toute la durée de l'adhésion.

BESOIN D'ASSISTANCE ?

Contactez-nous (24/24) au :

01 40 25 53 33 (numéro non surtaxé)

Accès sourds et malentendants (24h/24) : <https://accessibilite.votreassistance.fr>

Pour contacter notre service de Téléconsultation médicale :

01 40 25 53 33 - CHOIX 2 (numéro non surtaxé) ou via le site internet :

<https://www.mondial-assistance-teleconsultation.fr>

Veillez nous indiquer :

- Le nom et le numéro du contrat souscrit soit Assistance Santé Individuelle 922728 ainsi que le numéro d'adhérent du Bénéficiaire,
- Les nom et prénom du Bénéficiaire,
- L'adresse exacte du Bénéficiaire,
- Le numéro de téléphone auquel le Bénéficiaire peut être joint.

Les prestations de la présence convention d'assistance souscrite :

D'une part les associations :

- **Alptis dont le siège social est situé 25 cours Albert Thomas 69445 LYON CEDEX 03,**
 - **Apti dont le siège social est situé 21 rue du Mail, BP 4, 38501 VOIRON CEDEX,**
 - **Alptis Seniors dont le siège social est situé 25 cours Albert Thomas 69445 LYON CEDEX 03,**
 - **Alptis Frontaliers dont le siège social est situé 25 cours Albert Thomas 69445 LYON CEDEX 03,**
- associations régies par la loi de 1901**

et d'autre part les organismes suivants :

AWP P&C

SA au capital de 18 510 562,50 euros - 519 490 080 RCS Bobigny - Siège social : 7 rue Dora Maar 93400 SAINT-OUEN - Société d'assurance voyage et d'assistance - Entreprise régie par le Code des assurances soumise à l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) 4 Place de Budapest, CS92459, 75436 Paris Cedex - www.acpr.banque-france.fr

sont mises en œuvre par :

AWP FRANCE SAS

SAS au capital de 7 584 076,86 euros - 490 381 753 RCS Bobigny - Siège social : 7 rue Dora Maar 93400 SAINT-OUEN - Société de courtage d'assurances - ORIAS 07 026 669 - <http://www.orias.fr>

Ci-après désignée sous le nom commercial "**Mondial Assistance**"

CADRE JURIDIQUE

Les prestations d'assistance sont mises en œuvre par AWP France SAS, 7 rue Dora Maar 93400 SAINT-OUEN - RCS Bobigny 490 381 753 - SIRET : 490 381 753 00055 - Société par actions simplifiée au capital de 7 584 076,86 euros - Société de courtage d'assurances - Inscription ORIAS : 07 026 669 - <http://www.orias.fr/>, ci-avant dénommée **Mondial Assistance** et assurées par AWP P&C, 7 rue Dora Maar 93400 SAINT-OUEN - RCS Bobigny 519 490 080 - SA au capital de 17 287 285 euros - Entreprise régie par le Code des assurances.

Les prestations Exonération des cotisations santé sont assurées par la société Groupama Rhône-Alpes Auvergne, Caisse régionale d'Assurances Mutuelles Agricoles de Rhône-Alpes Auvergne, 50 rue de Saint-Cyr 69251 LYON CEDEX 09 - N° de SIRET 779 838 366 000 28 - Entreprise régie par le Code des Assurances et soumise à l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution, 4 Place de Budapest, CS 92459, 75436 PARIS CEDEX 09 - Représentée par Groupe Special Lines, en qualité d'agence de souscription spécialisée, 6-8 rue Jean Jaurès 92800 PUTEAUX - S.A.S. au capital de 100 000 EUR dont Groupama Rhône Alpes Auvergne détient plus de 10 % des parts et des droits de vote - 820 232 163 R.C.S. Nanterre - Intermédiaire immatriculé à l'ORIAS sous le N° 16003981 (<http://www.orias.fr>) - Sous le contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution, 4 Place de Budapest, CS 92459, 75436 PARIS CEDEX 09.

1. ÉVÉNEMENTS GARANTIS

Les conditions de délivrance des garanties de la présente convention d'assistance varient selon les prestations :

- La prestation décrite à l'article **4-1 "INFORMATIONS - CONSEILS"** peuvent être délivrées à tout moment pendant les heures d'ouverture du service d'information.
- Les prestations décrites à l'article **4-2 "HOSPITALISATION - IMMOBILISATION À DOMICILE"** sont délivrées en cas :
 - d'Hospitalisation du Bénéficiaire et/ou
 - d'Immobilisation à Domicile du Bénéficiaire, précédée ou non d'une Hospitalisation.Si le Bénéficiaire est un Enfant, des prestations complémentaires peuvent être délivrées.
- Les prestations décrites à l'article **4-3 "ASSISTANCE MALADIE REDOUTÉE"** sont délivrées en cas de survenance d'une Affection de longue durée.
- Les prestations décrites à l'article **4-4 "ASSISTANCE EN CAS DE TRAITEMENTS DE CHIMIOTHÉRAPIE OU DE RADIOTHÉRAPIE"** sont délivrées lorsque l'Hospitalisation ou l'Immobilisation à Domicile du Bénéficiaire est la conséquence de traitements de chimiothérapie ou de radiothérapie.
Ces prestations ne se cumulent pas avec les prestations prévues à l'article 4-2 "HOSPITALISATION - IMMOBILISATION À DOMICILE".
- Les prestations décrites à l'article **4-5 "MATERNITÉ"** sont délivrées pendant la grossesse de la Bénéficiaire ou après son accouchement.
Ces prestations ne se cumulent pas avec les prestations prévues à l'article 4-2 "HOSPITALISATION - IMMOBILISATION À DOMICILE".
- Les prestations décrites à l'article **4-6 "AIDE AU BÉNÉFICIAIRE DÉPENDANT"** peuvent être délivrées au moment de l'entrée en Dépendance du Bénéficiaire.
Ces prestations ne se cumulent pas avec les prestations prévues à l'article 4-2 "HOSPITALISATION - IMMOBILISATION À DOMICILE".
- Les prestations décrites à l'article **4-7 "POUR LES AIDANTS"** sont délivrées lorsque le Bénéficiaire assuré se retrouve en situation de devoir aider un Membre de la famille devenu dépendant
Ces prestations ne se cumulent pas avec les prestations prévues à l'article 4-2 "HOSPITALISATION - IMMOBILISATION À DOMICILE".
- Les prestations décrites à l'article **4-8 "ASSISTANCE AU MOMENT DU DÉCÈS"** sont délivrées en cas de décès du Bénéficiaire.
- La prestation décrite à l'article **4-9 "AUTRE ASSISTANCE"** est délivrée lorsque l'assistante maternelle employée habituellement par le Bénéficiaire est indisponible pendant plus de 2 (deux) jours, pour raison médicale (certificat médical à fournir).
Cette prestation ne se cumule pas avec la prestation de "Garde d'enfants de moins de 15 ans" figurant à l'article 4-2 "HOSPITALISATION - IMMOBILISATION À DOMICILE".
- La prestation décrite à l'article **4-10 "TÉLÉCONSULTATION MÉDICALE"** est délivrée lorsque :
 - le Bénéficiaire se trouvant dans une situation aiguë non vitale a besoin d'un avis médical
 - et qu'il ne peut joindre ou consulter, dans un délai compatible avec son état de santé, son médecin traitant.

2. VALIDITÉ DE LA CONVENTION

2-1 VALIDITÉ TERRITORIALE

Les prestations de la présente convention sont acquises uniquement en France.

Dispositions spécifiques pour les résidents des territoire(s) suivant(s) : Guadeloupe, Martinique, Réunion, Saint-Barthélemy et Saint-Martin :
Les prestations "Transfert d'un Proche au Domicile du Bénéficiaire ou du Bénéficiaire au Domicile d'un Proche" et "Transfert des Enfants de moins de 15 ans et/ou des Membres de la famille dépendants au Domicile d'un Proche" ainsi que "Assistance aux animaux de compagnie" **sont effectuées exclusivement au départ et à destination du territoire où est situé le Domicile.**

2-2 DURÉE DE VALIDITÉ

Les prestations sont accordées exclusivement pour les événements survenus pendant la durée de validité du contrat santé et de l'accord liant Alptis, Apti, Alptis Seniors, Alptis Frontaliers et AWP P&C pour la délivrance de ces prestations.

3. DÉFINITIONS CONTRACTUELLES

Dans la présente convention d'assistance "Assistance Santé Individuelle" (ci-après la "Convention"), les termes et expressions qui commencent par une lettre majuscule auront la signification suivante :

ACCIDENT

Toute atteinte corporelle provenant d'une cause imprévisible, extérieure et indépendante de la volonté du Bénéficiaire.

AIDANT

Bénéficiaire assuré majeur qui apporte une aide à titre non professionnel, de manière permanente ou non, à un Membre de la famille dépendant.

AFFECTION DE LONGUE DURÉE

Maladie reconnue comme Affection de longue durée par l'Assurance Maladie et prises en charge à 100% par l'Assurance Maladie. Il existe 3 (trois) catégories d'Affection de longue durée :

- les affections inscrites sur la liste fixée par l'article D 322-1 du Code de la Sécurité sociale ;
- les affections dites "hors liste" : maladies graves, de forme évolutive ou invalidante, non inscrites sur la liste précédente, comportant un traitement prolongé d'une durée prévisible supérieure à 6 (six) mois et une thérapeutique particulièrement coûteuse ;
- les poly-pathologies : lorsque le patient est atteint de plusieurs affections caractérisées entraînant un état pathologique invalidant et nécessitant des soins continus d'une durée prévisible supérieure à 6 (six) mois.

BÉNÉFICIAIRE / VOUS

Le terme "Vous" ou "Bénéficiaire" se réfère indifféremment :

- à la personne physique bénéficiant d'un contrat santé individuel,
- le Conjoint,
- les Enfants.

CONJOINT

Conjoint, partenaire de PACS ou concubin notoire du Bénéficiaire assuré et vivant habituellement sous son toit.

DÉPENDANCE

La dépendance se caractérise par des restrictions dans la réalisation des activités de la vie quotidienne et sociale, causées notamment par des troubles du comportement et/ou des atteintes physiques. Elle suppose une perte d'autonomie et peut être partielle ou totale.

DOMICILE

Lieu de résidence principale situé en France et dont l'adresse figure sur le dernier avis d'imposition sur le revenu.

ENFANTS

Enfants, petits-enfants, fiscalement à charge du Bénéficiaire assuré ou de son Conjoint, vivant habituellement sous son toit.

FRANCE

France métropolitaine ainsi que le(s) territoire(s) suivant(s) : Guadeloupe, Martinique, Réunion, Saint-Barthélemy et Saint-Martin, où se situe le Domicile.

FRONTALIER

Bénéficiaire dont le lieu de résidence principale est situé en France métropolitaine et qui exerce son activité professionnelle en Suisse.

GRILLE PROFESSIONNELLE AUTONOMIE, GÉRONTOLOGIE GROUPE ISO RESSOURCES (AGGIR)

Grille nationale permettant d'évaluer le degré de dépendance physique et/ou psychique du Bénéficiaire dans l'accomplissement de ses actes essentiels et quotidiens à travers une série de questions.

En fonction de son degré de perte d'autonomie le Bénéficiaire est classé dans l'un des 6 (six) groupes Iso Ressources (GIR).

HÉBERGEMENT

Frais d'hôtel (petit déjeuner compris), **à l'exclusion de tout autre frais de restauration, de boisson et de pourboires.**

HOSPITALISATION

Tout séjour prévu ou imprévu, y compris l'hospitalisation ambulatoire, dans un établissement de soins privé ou public.

Sont exclus :

- **les hospitalisations dans les centres de réadaptation fonctionnelle, maisons de convalescence ;**
- **les hospitalisations en établissements psychiatriques ;**
- **les hospitalisations chirurgicales à but esthétique, sauf chirurgie réparatrice prise en charge par la Sécurité sociale ;**
- **les traitements de chimiothérapie orale à Domicile, sauf protocole de soins particulier et après évaluation par les médecins de Mondial Assistance.**

Une durée d'Hospitalisation minimum peut être prévue pour la délivrance de certaines prestations.

IMMOBILISATION

Toute incapacité physique à se déplacer ou à effectuer les tâches domestiques habituelles, consécutive à un Accident ou une Maladie, survenant inopinément, constatée par un médecin et nécessitant le repos prescrit par un médecin.

Une durée d'Immobilisation minimum peut être prévue pour la délivrance de certaines prestations.

MALADIE

Altération de la santé provoquant des troubles diagnostiqués par tous moyens d'investigation médicale.

MEMBRE DE LA FAMILLE

Conjoint de droit ou de fait, ascendant au premier degré, descendant au premier degré, frère, sœur, oncle, tante, nièce, neveu, beau-frère, belle-sœur, gendre, belle-fille, beau-père, belle-mère, tuteur légal, du Bénéficiaire ou la personne placée sous la tutelle du Bénéficiaire.

MEMBRE DE LA FAMILLE DÉPENDANT

Membre de la famille fiscalement à charge du Bénéficiaire, vivant sous le toit du Bénéficiaire assuré [sauf pour l'ascendant au premier degré (père, mère) du Bénéficiaire] et dépendant.

La dépendance se caractérise par des restrictions dans la réalisation des activités de la vie quotidienne et sociale, causées notamment par des troubles du comportement et/ou des atteintes physiques. La dépendance suppose une perte d'autonomie définitive, qui peut être partielle ou totale.

PRESTATAIRE

Prestataire de services professionnel référencé par Mondial Assistance.

PROCHE

Toute personne physique, Membre de la famille ou non, résidant en France et désignée par le Bénéficiaire.

TÉLÉCONSULTATION MÉDICALE

Acte de télé-médecine. Il s'agit d'une consultation à distance, entre un médecin et un patient, qui peut être accompagné ou non par un autre professionnel de santé (ex : médecin, infirmier, pharmacien...). Elle est réalisée par l'intermédiaire des technologies de l'information et de la communication.

TRANSPORT

Tout déplacement non médicalisé s'effectuant par :

- train en 2nde classe sauf mention contraire,
- avion en classe économique,
- véhicule de location,
- taxi (pour toute distance inférieure à 50 km).

4. PRESTATIONS

Mondial Assistance se réserve le droit, préalablement à toute intervention, de vérifier la qualité de Bénéficiaire du demandeur ainsi que la matérialité de l'événement ouvrant droit aux prestations.

Point d'attention concernant les résidents de Saint-Barthélemy et de Saint-Martin :

Mondial Assistance intervient exclusivement en remboursement sur présentation de factures acquittées. Mondial Assistance ne dispose pas de réseaux de prestataires sur ces territoires.
Dans tous les cas, les interventions réalisées sans son accord préalable ne sont pas remboursées.
Les services rendus par téléphone le sont sur le fuseau horaire de France métropolitaine.
Certaines prestations ne sont pas accessibles pour les résidents de ces territoires.

4.1 INFORMATIONS - CONSEILS

Sur simple appel téléphonique, Mondial Assistance, Vous communique des informations et Vous conseille dans les domaines ci-après :

Prestations	Prise en charge	Conditions et limites
Conseil santé	Illimité	Utilisable à tout moment dès la souscription pendant les heures d'ouverture du service. Prestation rendue par téléphone exclusivement.
Informations juridiques, administratives et pratiques	Illimité	

Conseil santé

Un médecin de Mondial Assistance répond aux questions du Bénéficiaire relatives à sa santé, à sa maladie, à son hospitalisation, à la prescription faite par son médecin traitant ou à son suivi.

Le Bénéficiaire peut également obtenir des informations sur des questions d'ordre général relatives à la santé telles que les établissements de soins, les questions générales sur la santé, les facteurs de risques, les questions de médecine générale, les questions relatives aux médicaments, les informations préventives, les informations sur les médecines alternatives, les centres de prise en charge de la douleur.

Mondial Assistance s'interdit toute consultation, diagnostic ou prescription médicale.

En conséquence, ce service ne peut en aucun cas remplacer une consultation médicale personnalisée auprès d'un médecin.

Ce service ne peut se substituer aux organismes locaux de secours d'urgence. En cas d'urgence, le Bénéficiaire prend contact en priorité avec les services locaux de secours d'urgence (numéros d'urgence : 15, 112, 18).

Les informations médicales échangées avec les médecins restent strictement confidentielles et sont soumises à la législation sociale et au secret médical.

Informations juridiques, administratives et pratiques

Mondial Assistance communique des informations et conseille le Bénéficiaire dans les domaines suivants :

- informations juridiques : Fiscalité, justice, défense recours, assurance, travail, protection sociale, retraite, famille, mariage, divorce, succession ;
- information sur les démarches administratives à effectuer ;
- informations pratiques : information loisirs pour les seniors, informations spécialisées pour les malvoyants, etc.

En aucun cas les renseignements fournis ne feront l'objet d'une confirmation écrite.

Certaines demandes peuvent nécessiter des recherches. Mondial Assistance s'engage à répondre dans un délai de 48 (quarante-huit) heures ouvrées.

Mondial Assistance peut fournir des renseignements d'ordre juridique ; en aucun cas elle ne donne de consultation juridique.

Les informations fournies par Mondial Assistance exclusivement par téléphone sont des renseignements à caractère documentaire.

La responsabilité de Mondial Assistance ne pourra être recherchée dans le cas d'une utilisation ou interprétation erronée des renseignements communiqués.

4.2 HOSPITALISATION - IMMOBILISATION À DOMICILE

Sur simple appel téléphonique, à la suite de l'Hospitalisation ou l'Immobilisation du Bénéficiaire, Mondial Assistance met en œuvre les prestations ci-après :

Prestations	Prise en charge	Conditions et limites
Évaluation des besoins et recommandations pour l'utilisation de l'enveloppe de services (prestation décrite à l'article 4.11)	Illimité	L'enveloppe de services doit être activée au plus tard 15 jours après la sortie ou le début de l'Immobilisation à Domicile.
Enveloppe de services et d'aide à Domicile (prestation décrite à l'article 4.11)	500 euros TTC au total	La prise en charge de l'enveloppe de services est limitée à 1 fois par période annuelle de garantie. L'enveloppe de services pourra être transférée à hauteur de 50% par le Bénéficiaire vers un ascendant ou descendant non assuré au contrat santé individuel. Uniquement valable sur demande du Bénéficiaire et en cas d'Hospitalisation ou d'Immobilisation d'un ascendant ou descendant non assuré au contrat.
Recherche de personnel médical	Illimité	Utilisable à tout moment dès la souscription pendant les heures d'ouverture du service. Service rendu par téléphone exclusivement du lundi au samedi de 9h00 à 20h00 à l'exclusion des jours fériés , (fuseau horaire de France métropolitaine). Ce service n'est pas accessible aux résidents de Saint-Barthélemy et de Saint-Martin.
Livraison en urgence de médicaments immédiatement nécessaires prescrits par un médecin.	500 euros TTC maximum	Le coût des médicaments reste à charge du Bénéficiaire. Limité à 1 fois par période annuelle de garantie et par Bénéficiaire.

<p>Téléassistance ponctuelle à Domicile Le dispositif de téléassistance au Domicile composé d'un appareil de télécommunication automatique et d'un service d'écoute permet au Bénéficiaire, en cas de besoin, de lancer une alerte de n'importe quel endroit du Domicile et d'être immédiatement pris en charge par un Prestataire spécialisé qui mobilisera les moyens adaptés pour lui venir en aide. La mise en place du dispositif de téléassistance nécessite la collecte d'informations à caractère personnel et l'installation du matériel d'interphonie.</p>	<p>Coût du service pour une durée de 3 mois</p>	<p>En cas d'Hospitalisation supérieure à 10 jours pour les Bénéficiaires âgés de 75 ans et plus. Ce service n'est pas accessible aux résidents de Saint-Barthélémy et de Saint-Martin.</p>
<p>Aide pédagogique de l'Enfant dans les matières scolaires principales.</p>	<p>15 heures maximum par semaine</p>	<p>Lorsque le Bénéficiaire Hospitalisé ou Immobilisé à Domicile est un Enfant. L'absence scolaire doit être supérieure à 2 semaines calendaires consécutives. Limitée à la durée restant à courir de l'année scolaire en cours.</p>

Recherche de personnel médical

Sur simple appel téléphonique, du lundi au samedi de 9h00 à 20h00 (fuseau horaire de France métropolitaine), **hors jours fériés**, Mondial Assistance communique au Bénéficiaire, par téléphone uniquement, les renseignements dont il peut avoir besoin :

- coordonnées des services d'urgence (SAMU, pompier, centre anti-poison...),
- les structures sanitaires (hôpitaux et cliniques) : leurs coordonnées, leurs spécialités.

Mondial Assistance peut également apporter son aide pour :

La recherche d'un médecin

en l'absence du médecin traitant, à l'endroit où se trouve le Bénéficiaire, en lui communiquant les numéros de téléphone (médecin de garde ou service d'urgence). Dans ce cas, Mondial Assistance n'est pas responsable si aucun médecin n'est disponible. De même, la non-disponibilité ou l'éloignement trop important du médecin susceptible de se déplacer ne pourra être retenu à l'encontre de Mondial Assistance.

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

La recherche d'une infirmière

sur prescription médicale, le plus près possible de l'endroit où se trouve le Bénéficiaire, en lui communiquant les numéros de téléphone. Dans ce cas, Mondial Assistance n'est pas responsable si aucune infirmière n'est disponible. De même, la non-disponibilité ou l'éloignement trop important de l'infirmière susceptible de se déplacer ne pourra être retenu à l'encontre de Mondial Assistance.

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

Livraison en urgence au Domicile de médicaments immédiatement nécessaires prescrits par un médecin

Le coût des médicaments reste à la charge du Bénéficiaire.

Aide pédagogique de l'Enfant

Lorsque l'Immobilisation à Domicile de l'Enfant entraîne une absence scolaire supérieure à 2 (deux) semaines calendaires consécutives, Mondial Assistance organise et prend en charge l'intervention au Domicile d'un Prestataire répétiteur scolaire habilité à donner des cours du niveau de la classe de l'Enfant.

L'aide pédagogique est accordée pour les Enfants scolarisés dans l'enseignement primaire ou secondaire uniquement.

Elle est dispensée pendant les jours normalement scolarisés sauf le samedi et hors jours fériés, par tranches de 2 (deux) heures de cours au minimum dans la journée, par matière et par répétiteur scolaire. Elle cesse dès que l'Enfant a repris les cours normalement ou à la fin de l'année scolaire en cours.

Sous réserve de l'accord exprès de l'établissement de soins, l'aide pédagogique peut également être fournie en cas d'Hospitalisation de l'Enfant.

Le délai pour la mise en œuvre de cette prestation est de 2 (deux) jours ouvrés minimum à compter de l'expiration du délai de carence correspondant aux deux semaines calendaires consécutives d'absence scolaire et sous réserve que Mondial Assistance ait reçu les justificatifs qui ont été éventuellement demandés.

4-3 ASSISTANCE MALADIE REDOUTÉE

Prestations	Prise en charge	Conditions et limites
Conseil social	Illimité	Utilisable à tout moment dès la souscription pendant les heures d'ouverture du service. Service rendu par téléphone exclusivement du lundi au samedi de 9h00 à 20h00 à l'exclusion des jours fériés, (fuseau horaire de France métropolitaine). Ce service n'est pas accessible aux résidents de Saint-Barthélémy et de Saint-Martin.
Accompagnement psychologique	3 entretiens par tel et/ ou remboursement de 3 séances maximum de consultation en cabinet. 80 euros TTC maximum par consultation.	La prise en charge vient en complément des remboursements des organismes de sécurité sociale, d'assurance maladie complémentaire ou de prévoyance. Service rendu par téléphone exclusivement du lundi au vendredi, à l'exclusion des jours fériés, de 9h00 à 18h00 (fuseau horaire de France métropolitaine). Ce service n'est pas accessible aux résidents de Saint-Barthélémy et de Saint-Martin.

Conseil social

L'équipe médico-sociale de Mondial Assistance analyse la situation médico-sociale et socio-économique du Bénéficiaire, évalue ses besoins et lui fournit des informations sur la législation et la réglementation sociale ainsi que sur les moyens de financement des différentes aides (transport, hébergement, aide à domicile, etc.) dans les domaines suivants : maternité, prestations familiales, accueil du jeune enfant, emploi, chômage, maladie, accident, handicap, invalidité, retraite.

Le service est accessible du lundi au samedi, **hors jours fériés**, de 8h00 à 20h00 (fuseau horaire de France métropolitaine).

Accompagnement psychologique

Une première évaluation par un psychologue clinicien est rendue par téléphone au cours de **3 (trois) entretiens maximum**.

Si la situation nécessite une prise en charge thérapeutique, le psychologue oriente le Bénéficiaire vers des consultations en face à face avec un psychologue proche de son Domicile ou de son lieu de travail. Ces consultations sont prises en charge dans les limites prévues dans le tableau figurant à l'article 4•3.

Le service est accessible exclusivement du lundi au vendredi, hors jours fériés, de 9h00 à 18h00 (fuseau horaire de France métropolitaine).

Sont exclues les maladies psychologiques antérieurement avérées ou constituées ou en cours de traitement à la date d'effet du contrat.

4•4 ASSISTANCE EN CAS DE TRAITEMENTS DE CHIMIOTHÉRAPIE OU DE RADIOTHÉRAPIE

Lorsque l'Hospitalisation ou l'Immobilisation à Domicile du Bénéficiaire est la conséquence de traitements de chimiothérapie ou de radiothérapie, Mondial Assistance met en œuvre les prestations ci-après :

Prestations	Prise en charge	Conditions et limites
Évaluation des besoins et recommandations pour l'utilisation de l'enveloppe de services (prestation décrite à l'article 4•11)	Illimité	L'enveloppe de services doit être activée au plus tard 15 jours après la sortie ou le début de l'Immobilisation à Domicile.
Enveloppe de services et d'aide à Domicile (prestation décrite à l'article 4•11)	200 euros TTC au total	La prise en charge de l'enveloppe de services est limitée à 1 fois par période annuelle de garantie.

4•5 MATERNITÉ

4•5•1 SERVICE D'INFORMATIONS

Sur simple appel téléphonique, du lundi au samedi, hors jours fériés, de 8h00 à 20h00 (fuseau horaire de la France métropolitaine), Mondial Assistance met en œuvre les prestations ci-après :

Prestations	Prise en charge	Conditions et limites
Informations relatives à la grossesse et à la petite enfance Juridique, administratif, social et informations pratiques relative à la maternité (méthodes d'accouchement, alimentation et diététique, modes de garde, etc).	Illimité	Utilisable à tout moment dès la souscription. Service rendu par téléphone exclusivement. Certaines demandes peuvent nécessiter des recherches. Mondial Assistance s'engage à répondre dans un délai de 48 heures ouvrées. En aucun cas les renseignements fournis ne feront l'objet d'une confirmation écrite.

Ce service ne peut en aucun cas remplacer une consultation médicale personnalisée auprès d'un médecin.

4•5•2 ASSISTANCE À DOMICILE PENDANT LA GROSSESSE OU À LA NAISSANCE

Lorsque :

- la Bénéficiaire enceinte fait l'objet d'une Hospitalisation ou Immobilisation à Domicile liée à sa grossesse, ou que
- des complications liées à l'accouchement entraînent :
 - soit une Immobilisation à Domicile,
 - soit une prolongation du séjour en maternité de la mère [plus de 5 (cinq) nuits],
 - soit une admission dans un autre établissement hospitalier.

Mondial Assistance met en œuvre les prestations suivantes :

Prestations	Prise en charge	Conditions et limites
Accompagnement psychologique Une première évaluation par un psychologue clinicien est rendue par téléphone au cours de 3 entretiens maximum . Si la situation nécessite une prise en charge thérapeutique, le psychologue oriente le Bénéficiaire vers des consultations en face à face avec un psychologue proche de son Domicile ou de son lieu de travail.	Prise en charge de 3 entretiens par téléphone et/ou remboursement de 3 séances maximum de consultation en cabinet (80 euros TTC maximum par consultation) .	Le service est accessible du lundi au vendredi hors jours fériés , de 9h00 à 18h00 (fuseau horaire de France métropolitaine).
Evaluation des besoins et recommandations pour l'utilisation de l'enveloppe de services (prestation décrite à l'article 4•11)	Illimité	La prise en charge de l'enveloppe de services est limitée à 1 fois par période annuelle de garantie.
Enveloppe de services et d'aide à Domicile (prestation décrite à l'article 4•11)	200 euros TTC au total	

4•6 AIDE AU BÉNÉFICIAIRE DÉPENDANT

Lorsque le Bénéficiaire assuré est entré en Dépendance, Mondial Assistance met en œuvre les prestations ci-après :

Prestations	Prise en charge	Conditions et limites
Evaluation des besoins et recommandations pour l'utilisation de l'enveloppe de services (prestation décrite à l'article 4•11)	Illimité	La prise en charge de l'enveloppe de services est limitée à 1 fois par période annuelle de garantie.
Enveloppe de services et d'aide à Domicile (prestation décrite à l'article 4•11)	200 euros TTC au total	

Accompagnement social	Coût de l'opération réalisée ou mandatée par Mondial Assistance	Bilan de vie, et plan d'aide sont réalisés une seule fois par événement garanti. Ce service n'est pas accessible aux résidents de Saint-Barthélemy et de Saint-Martin.
Assistance à l'aménagement du Domicile	Illimité	L'audit de l'habitat est réalisé une seule fois par événement garanti. Le coût des éventuels devis et/ou travaux réalisés à l'issue de ces prestations restent à la charge du Bénéficiaire.

Accompagnement social comprenant :

- une analyse de la situation médico-sociale et socio-économique du Bénéficiaire ;
- un bilan de vie pour évaluer les capacités physiques du Bénéficiaire et ses habitudes de vie ;
- un plan d'aide pour faciliter sa vie à domicile ;
- des informations sur la réglementation sociale dans les domaines suivants : les prestations familiales, l'emploi et le chômage, le logement, la maladie et l'accident, le handicap et l'invalidité, la retraite ;
- des informations sur les aides auxquelles le Bénéficiaire peut prétendre : transport, hébergement, aide à domicile, etc. ;
- des recommandations sur les démarches à entreprendre pour bénéficier des dispositifs d'aide de droit commun ;
- une aide aux démarches administratives : identification des organismes, aide à la rédaction des courriers et à la constitution des dossiers.

Les informations fournies par Mondial Assistance sont des renseignements à caractère documentaire. La responsabilité de Mondial Assistance ne pourra être recherchée dans le cas d'une utilisation ou interprétation erronée des renseignements communiqués.

Assistance à l'aménagement du Domicile

Mondial Assistance fournit :

- un bilan de vie pour évaluer les capacités physiques du Bénéficiaire et ses habitudes de vie,
- un audit de l'habitat par un Prestataire pour évaluer la conformité du Domicile à ses nouveaux besoins, les aménagements nécessaires pour son maintien à domicile et le coût des travaux associés,
- la mise en relation avec des Prestataires pour la réalisation des travaux.

Le coût des devis et travaux réalisés à l'issue de ces prestations restent à la charge du Bénéficiaire.

4-7 POUR LES AIDANTS

Lorsque le Bénéficiaire assuré se retrouve en situation de devoir aider un Membre de la famille devenu dépendant, Mondial Assistance met en œuvre les prestations ci-après :

Prestations	Prise en charge	Conditions et limites
Conseil social	Illimité	Utilisable à tout moment dès la souscription pendant les heures d'ouverture du service, du lundi au samedi de 9h00 à 20h00 à l'exclusion des jours fériés , (fuseau horaire de France métropolitaine). Ce service n'est pas accessible aux résidents de Saint-Barthélemy et de Saint-Martin.
Accompagnement psychologique Une première évaluation par un psychologue clinicien est rendue par téléphone au cours de 3 entretiens maximum . Si la situation nécessite une prise en charge thérapeutique, le psychologue oriente le Bénéficiaire vers des consultations en face à face avec un psychologue proche de son Domicile ou de son lieu de travail.	Prise en charge de 3 entretiens par téléphone et/ou remboursement de 3 séances maximum de consultation en cabinet (80 euros TTC maximum par consultation) .	Le service est accessible du lundi au vendredi hors jours fériés , de 9h00 à 18h00 (fuseau horaire de France métropolitaine).
Evaluation du besoin et recommandations pour l'utilisation de l'enveloppe de services (prestation décrite à l'article 4•11)	Illimité	L'enveloppe de services doit être activée au plus tard dans les 3 mois suivant l'entrée en Dépendance du Membre de la famille.
Enveloppe de services et d'aide à Domicile (prestation décrite à l'article 4•11)	300 euros TTC au total	La prise en charge est limitée à 1 fois par Membre de la famille aidée.

Conseil social

L'équipe médico-sociale de Mondial Assistance analyse votre situation médico-sociale et socio-économique, évalue vos besoins et vous fournit des informations sur la législation et la réglementation sociale ainsi que sur les moyens de financement des différentes aides (transport, hébergement, aide à domicile, etc.) dans les domaines suivants : maternité, prestations familiales, accueil du jeune enfant, emploi, chômage, maladie, accident, handicap, invalidité, retraite.

Le service est accessible du lundi au samedi, **hors jours fériés**, de 8h00 à 20h00 (fuseau horaire de France métropolitaine).

Ce service n'est pas accessible aux résidents de Saint-Barthélemy et de Saint-Martin.

4•8 ASSISTANCE AU MOMENT DU DÉCÈS

Pour accompagner le Conjoint survivant et les Proches après les obsèques du Bénéficiaire, Mondial Assistance organise et prend en charge les prestations définies ci-après :

Prestations	Prise en charge	Conditions et limites
Evaluation du besoin et recommandations pour l'utilisation de l'enveloppe de services (prestation décrite à l'article 4•11)	Illimité	L'enveloppe de services doit être activée au plus tard dans les 3 mois suivant l'entrée en Dépendance du Membre de la famille.
Enveloppe de services et d'aide à Domicile (prestation décrite à l'article 4•11)	300 euros TTC au total	La prise en charge est limitée à 1 fois par Membre de la famille aidé.
Transport de corps	Coût du transport du corps organisé par Mondial Assistance	Le décès est survenu en France à plus de 200 km du Domicile. Lorsque le Bénéficiaire est un Frontalier, la prestation s'applique également en cas de décès survenant en Suisse, sans application d'une franchise kilométrique. Le transport de corps sera effectué vers la France métropolitaine uniquement. La prise en charge des frais funéraires est limitée aux frais réellement nécessaires au transport conformément à la législation locale. Réserve de territorialité concernant le lieu des obsèques.
Accompagnement psychologique des Proches	Prise en charge de 3 entretiens par téléphone et/ou remboursement de 3 séances maximum de consultation en cabinet (80 euros TTC maximum par consultation).	Limité à 2 Proches. La prestation doit être activée dans les 3 mois suivant les obsèques. La prise en charge vient en complément des remboursements des organismes de sécurité sociale, d'assurance maladie complémentaire ou de prévoyance.

Transport du corps depuis le lieu du décès jusqu'à l'établissement de l'opérateur funéraire du lieu d'inhumation ou de crémation choisi par le défunt ou les Membres de la famille,

Accompagnement psychologique des Proches

Une première évaluation par un psychologue clinicien est rendue par téléphone au cours de **3 (trois) entretiens maximum**.

Si la situation nécessite une prise en charge thérapeutique, le psychologue oriente le Conjoint survivant ou le Proche vers des consultations en face à face avec un psychologue proche de son lieu de résidence ou de travail.

Ces consultations sont prises en charge dans les limites prévues au tableau figurant à l'article 4•8.

Le service est accessible du lundi au vendredi, hors jours fériés, de 9h00 à 18h00 (fuseau horaire de France métropolitaine).

Sont exclues les maladies psychologiques antérieurement avérées ou constituées ou en cours de traitement à la date d'effet du contrat.

4•9 AUTRE ASSISTANCE

Lorsque l'assistante maternelle agréée, employée habituellement par le Bénéficiaire est indisponible pendant plus de 2 (deux) jours, pour raison médicale (certificat médical à fournir), Mondial Assistance met en œuvre la prestation ci-après :

Prestations	Prise en charge	Conditions et limites
Garde à Domicile des Enfants	dans la limite de 300 euros	Durée d'Hospitalisation ou d'Immobilisation à Domicile au moins égale à 2 jours.

Garde à Domicile des Enfants de moins de 15 ans

Mondial Assistance organise et prend en charge la garde à Domicile des Enfants du Bénéficiaire au Domicile.

Chaque prestation de garde d'enfant dure au minimum 2 (deux) heures et peut être fournie du lundi au samedi, hors jours fériés de 8h00 à 19h00. La prestation est rendue **dans la limite des disponibilités locales** par un Prestataire dont la mission consiste à garder l'Enfant au Domicile, préparer les repas, apporter des soins quotidiens à l'Enfant **(à l'exclusion des soins médicaux)**.

Pendant ses heures de présence, l'intervenant(e) pourra accompagner les Enfants à la crèche, à l'école ou à leurs activités extrascolaires et retourner les chercher, à condition que le déplacement se fasse sans véhicule.

4•10 TÉLÉCONSULTATION MÉDICALE

Sur simple appel téléphonique sur une ligne dédiée, Mondial Assistance met en œuvre la prestation ci-après :

Prestations	Prise en charge	Conditions et limites
<ul style="list-style-type: none"> • Consultation médicale par téléphone ou en ligne via un site internet • Identification d'un établissement de soins proche de l'endroit où se trouve le Bénéficiaire • Transmission au Bénéficiaire d'une prescription médicalement écrite, selon l'appréciation du médecin et si la législation locale l'autorise 	Nombre illimité de Téléconsultations quel que soit le nombre de Bénéficiaires	Néant Ce service n'est pas accessible aux résidents de Saint-Barthélémy et de Saint-Martin.



IMPORTANT

La Téléconsultation ne peut en aucun cas remplacer une prise en charge médicale globale et personnalisée auprès du médecin traitant et de manière générale de tout médecin désigné par le Bénéficiaire.

La Téléconsultation ne peut se substituer aux organismes de secours d'urgence. En cas d'urgence, le Bénéficiaire prend contact en priorité avec les services de secours d'urgence (numéros d'urgence : 15, 112, 18).

Les informations médicales échangées avec les médecins restent strictement confidentielles et sont soumises au secret médical, aucune donnée n'étant transmise à Mondial Assistance, sous réserve de données statistiques exclusives de toute identification directe ou indirecte des Bénéficiaires.

La responsabilité du Service Assistance de Mondial Assistance ne pourra en aucun cas être recherchée dans le cas d'une mauvaise utilisation ou interprétation inexacte du ou des renseignements, conseils, consultations et de manière générale dans le cadre de la Téléconsultation mise en œuvre auprès du Bénéficiaire.

Le Service Assistance de Mondial Assistance ne saurait être tenu responsable des interruptions de service et/ou dommages résultant :

- de défaillances ou interruptions des réseaux téléphoniques et/ou informatiques ;
- de modifications de la situation du Bénéficiaire et notamment de son état de santé qui ne lui auraient pas été signifiées lors de la Téléconsultation ;
- d'un cas de force majeure ou du fait d'un tiers.

Lorsqu'un représentant légal appelle pour son enfant mineur, il lui sera demandé une copie du livret de famille prouvant le lien de parenté ou tout autre document prouvant sa qualité.

Téléconsultation médicale

Il s'agit d'un service de télé-médecine.

Le Bénéficiaire peut, sous conditions d'authentification forte et d'acceptation des Conditions Générales d'Utilisation, de la Notice d'information-consentement et de la Déclaration de confidentialité, bénéficier d'une Téléconsultation en contactant le Service Téléconsultation de Mondial Assistance.

La Téléconsultation, réalisée par un médecin du Service Téléconsultation de Mondial Assistance inscrit au Conseil de l'Ordre des Médecins, s'effectue à distance, via une plateforme téléphonique ou en audioconférence ou en visioconférence, 24h/24 et 7j/7.

A l'issue de la Téléconsultation, le médecin du Service Téléconsultation de Mondial Assistance pourra, dans le respect du parcours de soins et de la législation en vigueur (notamment la réglementation relative au secret médical) :

- Identifier pour le Bénéficiaire un établissement de soins adapté à sa situation notamment lorsqu'un examen clinique est nécessaire pour établir le diagnostic ;
- Transmettre au Bénéficiaire une prescription écrite médicamenteuse, selon l'appréciation du médecin et si la législation locale l'autorise.

A l'issue de de la Téléconsultation et avec l'autorisation du Bénéficiaire, un compte-rendu de consultation pourra être adressé à son médecin traitant.

4-11 DESCRIPTION DES SERVICES ET AIDES À DOMICILE

Evaluation des besoins et recommandations

Mondial Assistance analyse la situation médico-sociale et socio-économique du Bénéficiaire, évalue les besoins et lui propose les solutions d'aide et de services adaptées ainsi que les moyens de les mettre en œuvre et de les financer soit au titre de l'enveloppe de services et d'aide à Domicile proposée, soit en mobilisant d'autres sources de financement.

Le Bénéficiaire est seul juge des prestations qu'il souhaite utiliser.

La responsabilité de Mondial Assistance ne pourra être recherchée dans le cas d'une utilisation ou interprétation erronée des recommandations faites.

Enveloppe de services et d'aide à Domicile

Mondial Assistance organise et prend en charge les services choisis par le Bénéficiaire parmi les services proposés ci-après, dans la limite d'une enveloppe dont le montant, les conditions et les limites sont indiqués ci-dessus.

La mise en œuvre des services et aides à Domicile est subordonnée aux disponibilités locales et aux horaires d'ouverture des réseaux de Prestataires.

Le délai pour la mise en place des prestations est d'une demi-journée ouvrée à compter de la demande.

Les services et aides à Domicile peuvent être demandés au fur et à mesure des besoins, pendant la durée de l'évènement garanti ouvrant droit à la prestation.

Le coût de chaque service utilisé vient en déduction du montant de l'enveloppe disponible.

Dès qu'il le souhaite, le Bénéficiaire peut contacter Mondial Assistance par téléphone pour connaître le solde encore disponible et obtenir des conseils sur son utilisation.

Il est précisé que les services proposés sont mis en place en fonction des besoins et des demandes du Bénéficiaire.

Le montant maximum indiqué dans le détail de chaque prestation ne saurait donner droit à un paiement en espèces.

Lorsque le Bénéficiaire est encore couvert au titre de la Convention et a utilisé la totalité du montant de l'enveloppe avant la fin de l'évènement garanti, Mondial Assistance peut, à sa demande :

- organiser les services de son choix, parmi les services et aides proposés,
- lui communiquer les coordonnées de Prestataires spécialisés dans les domaines de services proposés.

Le coût des services alors proposés reste à la charge du Bénéficiaire.

Ci-après la description des services et aides à Domicile proposés :

Aide à Domicile : auxiliaire de vie, travailleuse familiale, auxiliaire de puériculture et aide-ménagère

Mondial Assistance met à la disposition du Bénéficiaire une aide à Domicile qui peut être réalisée :

- soit par une auxiliaire de vie qui dispense des soins quotidiens (toilette quotidienne), hors soins médicaux relevant d'un médecin ou d'un(e) infirmier(ère) (**cette prestation n'est pas disponible dans les collectivités d'Outre-mer suivantes : Saint-Barthélemy et Saint-Martin**),
- soit par une travailleuse familiale qui prodigue des conseils dans le domaine de l'éducation familiale,
- soit par une auxiliaire puéricultrice (**en France métropolitaine uniquement**) dont la mission est de garder le(s) nouveau(x)-né(s) et de lui (leur) apporter les soins quotidiens (à l'exclusion des soins médicaux),
- soit par une aide-ménagère qui effectue les petits travaux ménagers quotidiens (repassage, ménage, aide à la préparation des repas etc.) au Domicile du Bénéficiaire.

Chaque prestation d'aides à Domicile dure au minimum 2 (deux) heures et peut être fournie du lundi au samedi, hors jours fériés de 8h00 à 18h00.

Assistance aux animaux de compagnie (chats et chiens, à l'exclusion de tout autre animal)

Mondial Assistance organise et prend en charge la garde de l'animal du Bénéficiaire par un Prestataire, frais de nourriture compris.

L'animal concerné doit avoir reçu toutes les vaccinations obligatoires. Sont exclus les chiens de 1ère et 2nde catégorie (article L. 211-12 du Code rural et de la pêche maritime).

Cette prestation n'est pas disponible dans les collectivités d'Outre-mer suivantes : Saint-Barthélemy et Saint-Martin.

Bien-être à domicile : coiffure et esthétique

Mondial Assistance rembourse sur facture les services de soins suivants :

- esthéticienne,
- coiffeur,
- prothésiste capillaire,

y compris ceux réalisés à domicile.

Cette prestation n'est pas disponible dans les collectivités d'Outre-mer suivantes : Saint-Barthélemy et Saint-Martin.

Conduite en taxi à l'école et/ou aux activités extra scolaires des Enfants scolarisés jusqu'au niveau baccalauréat

Si aucun Proche ne peut accompagner les Enfants à l'école ou à leurs activités extrascolaires, Mondial Assistance prend en charge le Transport des Enfants en taxi aller-retour depuis le Domicile. Les Enfants seront obligatoirement accompagnés d'un adulte désigné par le Bénéficiaire.

Cette prestation n'est pas disponible dans la collectivité d'Outre-mer suivante : Saint-Martin.

Fermeture du Domicile quitté en urgence

En cas d'Hospitalisation du Bénéficiaire et s'il a quitté son Domicile précipitamment, Mondial Assistance organise et prend en charge la venue d'une Prestataire aide-ménagère afin de fermer les accès du Domicile (volets, fenêtres, portes...), éteindre les lumières, les appareils électriques en fonctionnement, trier les denrées périssables, étendre le linge resté dans la machine à laver.

Cette prestation s'effectuera sous réserve de la mise à disposition des clés, des codes d'accès du Domicile et des conditions d'accessibilité en toute sécurité.

Mondial Assistance peut organiser le Transport aller-retour de l'aide-ménagère pour aller chercher les clés.

La prestation dure au minimum 2 (deux) heures et peut être fournie du lundi au samedi, hors jours fériés de 8h00 à 18h00.

Cette prestation n'est pas disponible dans la collectivité d'Outre-mer suivante : Saint-Barthélemy.

Garde à Domicile des Enfants de moins de 15 ans

Mondial Assistance organise et prend en charge la garde à Domicile des Enfants du Bénéficiaire Hospitalisé ou Immobilisé au Domicile.

Chaque prestation de garde d'enfant dure au minimum 2 (deux) heures et peut être fournie du lundi au samedi, hors jours fériés de 8h00 à 19h00.

La prestation est rendue **dans la limite des disponibilités locales** par un Prestataire dont la mission consiste à garder l'Enfant au Domicile, préparer les repas, apporter des soins quotidiens à l'Enfant (**à l'exclusion des soins médicaux**).

Pendant ses heures de présence, l'intervenant(e) pourra accompagner les Enfants à la crèche, à l'école ou à leurs activités extrascolaires et retourner les chercher, à condition que le déplacement se fasse sans véhicule.

Garde à Domicile de l'Enfant de moins de 15 ans malade ou convalescent

Mondial Assistance organise et prend en charge l'intervention d'un Prestataire au Domicile pour garder l'Enfant, préparer ses repas et lui apporter les soins quotidiens.

Chaque prestation de la garde d'Enfant dure au minimum 2 (deux) heures et peut être fournie du lundi au samedi, hors jours fériés de 8h00 et 19h00.

Cette prestation n'est pas disponible dans la collectivité d'Outre-mer suivante : Saint-Barthélemy.

Hébergement des parents à proximité du Bénéficiaire mineur pendant son Hospitalisation

Si le Bénéficiaire mineur est hospitalisé à plus de 50 km de son Domicile, Mondial Assistance organise et prend en charge l'Hébergement de ses parents pendant la durée de l'Hospitalisation **dans la limite de 70 euros TTC/nuit**.

Livraison de courses

Mondial Assistance organise et prend en charge la livraison des courses au Domicile.

Le Bénéficiaire doit être disponible pour fournir les fonds et la liste des produits souhaités.

Le coût des courses reste à la charge du Bénéficiaire.

Portage des repas

Mondial Assistance organise et prend en charge le portage des repas au Domicile du Bénéficiaire avec un délai de mise en place de **4 (quatre) jours ouvrés maximum à compter de la demande. Ce service n'est pas disponible les samedis, dimanches et jours fériés.**

Les repas sont livrés par pack de 5 ou 7 "déjeuners + dîners".

Le coût des repas n'est pas pris en charge.

Dans les zones non desservies ou lorsque le pack de repas n'est pas adapté, Mondial Assistance peut proposer l'intervention d'un Prestataire pour préparer les repas au Domicile dans les conditions précisées à la prestation concernée.

Cette prestation est disponible uniquement en France métropolitaine, hors Corse et territoire(s) suivant(s) : Guadeloupe, Martinique, Réunion, Saint-Barthélemy.

Préparation du retour au Domicile

Mondial Assistance organise et prend en charge la venue d'une Prestataire pour effectuer les tâches ménagères, ouvrir les volets, mettre le logement à température, faire des courses.

Le coût des courses reste à la charge du Bénéficiaire.

Cette prestation s'effectue sous réserve de la mise à disposition des clés, des codes d'accès du Domicile et des conditions d'accessibilité en toute sécurité.

Mondial Assistance peut organiser le Transport de l'intervenant pour aller chercher les clés.

La prestation dure au minimum 2 (deux) heures et peut être fournie du lundi au samedi, hors jours fériés, de 8h00 à 18h00.

Cette prestation n'est pas disponible dans la collectivité d'Outre-mer suivante : Saint-Barthélemy.

Transfert d'un Proche au Domicile du Bénéficiaire ou du Bénéficiaire au Domicile d'un Proche

Mondial Assistance organise et prend en charge le transfert d'un Proche au Domicile du Bénéficiaire (Transport aller-retour) ou le transfert du Bénéficiaire au Domicile d'un Proche pour s'occuper du Bénéficiaire et/ou des Enfants.

Cette prestation n'est pas disponible dans la collectivité d'Outre-mer suivante : Saint-Martin.

Transfert des Enfants de moins de 15 ans et/ou des Membres de la famille dépendants au Domicile d'un Proche

Mondial Assistance organise et prend en charge le transfert des Enfants et/ou des Ascendants dépendants à charge au Domicile d'un Proche (Transport aller-retour) ainsi que le voyage d'un Proche qui les accompagne (Transport aller-retour). Si nécessaire, Mondial Assistance missionne un accompagnateur.

Cette prestation n'est pas disponible dans la collectivité d'Outre-mer suivante : Saint-Martin.

Transport

Mondial Assistance prend en charge le Transport non médicalisé du Bénéficiaire valide.

Veille ou prise en charge des Membres de la famille dépendants à charge

Si aucun Proche n'est disponible sur place, Mondial Assistance missionne :

- soit une auxiliaire de vie qui aide aux actes de la vie quotidienne (aide au lever, au coucher, toilette, repas, habillement, etc.)
- soit une personne de compagnie.

Chaque prestation dure au minimum 2 (deux) heures et peut être fournie du lundi au samedi, hors jours fériés de 8h00 à 19h00.

Cette prestation n'est pas disponible dans la collectivité d'Outre-mer suivante : Saint-Barthélemy.

5. EXONÉRATION DES COTISATIONS SANTÉ

UNE AIDE CONCRÈTE POUR VOUS ET VOS PROCHES

En cas de décès **accidentel** de l'adhérent ou de son conjoint inscrit au dossier, **gratuité pendant 2 ans des cotisations "Frais de santé", du conjoint et des enfants inscrits au dossier au jour du décès.**

Cette prestation s'applique également à la Réunion, à la Martinique, à la Guadeloupe et en Guyane (ainsi qu'à la Désirade, les Saintes et Marie-Galante).

Pour bénéficier de l'exonération des cotisations "Frais de Santé", adressez le certificat de décès à :

Alptis Assurances - Service Prestations Prévoyance - 69445 LYON CEDEX 03.

6. RESPONSABILITÉ

Mondial Assistance ne peut en aucun cas se substituer aux organismes locaux de secours d'urgence. Le Bénéficiaire ou ses proches doivent, en cas d'urgence, prendre contact directement et en priorité avec les services locaux de secours d'urgence.

Mondial Assistance ne sera pas tenue responsable des manquements ou contretemps à l'exécution de ses obligations qui résulteraient de cas de force majeure ou d'événements tels que guerres civiles ou étrangères, révolutions, instabilité politique notoire, représailles, embargos, sanctions économiques (Récapitulatif des mesures restrictives par pays disponible sur le site du Ministère de l'Economie et des Finances <https://www.tresor.economie.gouv.fr/Ressources/sanctions-financieres-internationales>), mouvements populaires, émeutes, sabotage, terrorisme, grèves, saisies ou contraintes par la force publique, interdictions officielles, explosions d'engins, effets nucléaires ou radioactifs, empêchements climatiques graves et les événements imprévisibles d'origine naturelle.

Elle s'efforcera néanmoins de tout mettre en œuvre pour venir en aide au Bénéficiaire.

L'organisation par le Bénéficiaire ou par son entourage de l'une des assistances énoncées dans la Convention ne peut donner lieu à remboursement que si Mondial Assistance a été prévenue et a donné son accord exprès.

Les frais exposés seront remboursés sur présentation des justificatifs originaux, dans la limite de ceux que Mondial Assistance aurait engagés pour organiser la prestation.

La responsabilité de Mondial Assistance ne concerne que les services qu'elle réalise en exécution de la Convention. **Elle ne sera pas tenue responsable :**

- des actes réalisés par les Prestataires intervenant auprès du Bénéficiaire en leur propre nom et sous leur propre responsabilité ;
- de l'inexécution ou de la mauvaise exécution de leurs obligations contractuelles consécutive à un cas de force majeure.

La prise en charge vient toujours en complément des remboursements des organismes d'assurance maladie complémentaire ou de prévoyance.

7. EXCLUSIONS

Outre les exclusions prévues dans la Convention, sont toujours exclus :

- les frais non justifiés par des documents originaux,
- le suicide ou les conséquences de tentative de suicide du Bénéficiaire,
- les dommages consécutifs à la consommation d'alcool par le Bénéficiaire ou l'absorption par le Bénéficiaire de médicaments, drogues ou stupéfiants, non prescrits médicalement,
- les conséquences :
 - des situations à risques infectieux en contexte épidémique,
 - de l'exposition à des agents biologiques infectants,
 - de l'exposition à des agents chimiques type gaz de combat,
 - de l'exposition à des agents incapacitants,
 - de l'exposition à des agents radioactifs,
 - de l'exposition à des agents neurotoxiques ou à effets neurotoxiques rémanents,qui font l'objet d'une mise en quarantaine ou de mesures préventives ou de surveillances spécifiques ou de recommandations de la part des autorités sanitaires internationales ou des autorités sanitaires locales du pays où le Bénéficiaire séjourne,
- les dommages provoqués intentionnellement par un Bénéficiaire et ceux résultant de sa participation à un crime, un délit ou une rixe, sauf cas de légitime défense,
- les conséquences de maladies et accidents antérieurs à la date d'effet du contrat,
- les dommages résultant de soins d'ordre esthétique (y compris chirurgie esthétique).

Au titre de la prestation "Téléconsultation médicale" décrite à l'article 4-9, sont également exclues :

- les Téléconsultations lorsque le service médical de Mondial Assistance identifie une urgence médicale.
- les consultations pour des pathologies psychiatriques ;
- les prescriptions de certificats médicaux ;
- les prescriptions d'arrêt de travail et leur prolongation éventuelle ;

- les prescriptions particulières, telles que :
 - les médicaments soumis à prescription restreinte :
 - médicaments réservés à l'usage hospitalier
 - médicaments à prescription hospitalière
 - médicaments à prescription initiale hospitalière
 - médicaments à prescription réservée aux médecins spécialistes
 - les médicaments nécessitant une surveillance particulière pendant le traitement ;
- les médicaments soumis à accord préalable. La liste exhaustive est accessible sur http://www.cnam.nat.tn/doc/upload/list_APcl.pdf ;
- les médicaments d'exception : la liste des médicaments d'exception est disponible sur le site Meddispar, le site de référence des médicaments réglementés, proposé par l'Ordre national des pharmaciens ;
- la prescription de stupéfiants.

Au titre de la prestation "Accompagnement psychologique" décrite à l'article 4-3, 4-5-2, 4-7 et 4-8 sont exclues les maladies psychologiques antérieurement avérées ou constituées ou en cours de traitement à la date d'effet du contrat.

Au titre de la prestation "Aide pédagogique de l'Enfant" décrite à l'article 4-2, sont exclues les phobies scolaires.

8. MODALITÉS D'EXAMEN DES RÉCLAMATIONS DANS LE CADRE DE LA GARANTIE D'ASSISTANCE

S'il n'a pas pu être donné immédiatement entière satisfaction à Votre réclamation formulée par oral ou via une messagerie instantanée, celle-ci doit nous être adressée par écrit selon les modalités suivantes :

- Par mail : reclamation@votreassistance.fr
 - Par courrier à l'adresse suivante : AWP France SAS - Traitement des réclamations - TSA 70002 - 93488 Saint-Ouen Cedex
- Nous accuserons réception de votre réclamation écrite dans les dix (10) jours ouvrables à compter de son envoi et nous vous apporterons une réponse écrite dans un délai maximal de deux (2) mois.

Vous pouvez en tout état de cause saisir le Médiateur indépendant de l'assurance à l'issue d'un délai de deux (2) mois à compter de l'envoi de votre première réclamation écrite :

- Par voie électronique : www.mediation-assurance.org
- Par courrier à l'adresse suivante : Monsieur le Médiateur de l'Assurance - TSA 50110 - 75441 Paris Cedex 09

Votre demande auprès du Médiateur de l'assurance doit, le cas échéant, être formulée au plus tard dans le **délai d'un (1) an** à compter de votre première réclamation écrite auprès de nos services.

Toutefois, cette démarche ne vous prive pas de la possibilité d'intenter toute action en justice.

En cas de souscription de votre contrat d'assurance en ligne, vous avez la possibilité en qualité de consommateur, de recourir à la plateforme de Règlement en Ligne des Litiges (RLL) de la Commission Européenne en utilisant le lien suivant : <http://ec.europa.eu/consumers/odr>

9. MODALITÉS D'EXAMEN DES RÉCLAMATIONS DANS LE CADRE DE LA GARANTIE ÉXONÉRATION DES COTISATIONS

En cas de difficulté dans l'application du contrat, l'adhérent peut adresser une réclamation à Alptis Assurances, au travers de l'un des canaux de contacts suivants :

- dépôt d'un formulaire de réclamation en ligne, au sein de son espace personnel sécurisé (Espace adhérent), accessible à l'adresse suivante : <https://www.alptis.org/assurance/espace-adherent/> ;
- e-mail adressé à serviceclient@alptis.fr, en précisant son numéro d'adhérent ;
- courrier adressé au **Service Client d'Alptis Assurances - 25, cours Albert Thomas - 69003 LYON**, en précisant son numéro d'adhérent.

Alptis Assurances en accusera réception dans un délai maximum de 10 jours ouvrables (sauf si une réponse a pu être apportée à l'adhérent au cours de ce délai) et répondra à l'adhérent dans un délai maximum de 2 mois après réception, sauf circonstances exceptionnelles qui lui seraient alors exposées.

En cas de désaccord sur la réponse apportée, l'adhérent pourra saisir le Médiateur, dont les coordonnées lui seront transmises par les services d'Alptis Assurances. Exerçant sa mission gratuitement et en toute indépendance, le Médiateur ne peut intervenir qu'après épuisement des procédures internes de règlement des litiges opposant un particulier à l'assureur et à la condition qu'aucune action contentieuse n'ait été engagée. Après avoir instruit le dossier, le Médiateur rend un avis motivé dans les trois mois. Cet avis ne lie pas les parties.

Les modalités de traitement des réclamations sont disponibles sur le site Internet d'Alptis Assurances, à l'adresse www.alptis.org (rubrique "Tous mes contacts / Faire une réclamation").

10. COMPÉTENCE JURIDICTIONNELLE

Mondial Assistance fait élection de domicile en son siège social : 7 rue Dora Maar - 93400 SAINT-OUEN.

Les contestations qui pourraient être élevées contre Mondial Assistance à l'occasion de la mise en œuvre de la Convention sont exclusivement soumises aux tribunaux français compétents et toutes notifications devront être faites par courrier recommandé avec accusé de réception à l'adresse indiquée ci-dessus.

11. PRESCRIPTION

Toute action dérivant du contrat d'assurance est prescrite par un délai de 2 (deux) ans à compter de l'événement qui y donne naissance, dans les conditions fixées à l'article L. 114-1 du Code des assurances.

Les dispositions relatives à la prescription des actions dérivant du contrat d'assurance sont fixées par les articles L. 114-1 à L. 114-3 du Code des assurances reproduits ci-après :

Article L. 114-1 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. Par exception, les actions dérivant d’un contrat d’assurance relatives à des dommages résultant de mouvements de terrain consécutifs à la sécheresse-réhydratation des sols, reconnus comme une catastrophe naturelle dans les conditions prévues à l’article L. 125-1, sont prescrites par cinq ans à compter de l’événement qui y donne naissance. Toutefois, ce délai ne court :

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

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

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

La prescription est portée à dix ans dans les contrats d’assurance sur la vie lorsque le Bénéficiaire est une personne distincte du souscripteur et, dans les contrats d’assurance contre les accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l’assuré décédé. Pour les contrats d’assurance sur la vie, nonobstant les dispositions du 2°, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès de l’assuré.”

Article L. 114-2 du Code des assurances

“La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d’interruption de la prescription et par la désignation d’experts à la suite d’un sinistre. L’interruption de la prescription de l’action peut, en outre, résulter de l’envoi d’une lettre recommandée ou d’un envoi recommandé électronique, avec accusé de réception, adressés par l’assureur à l’assuré en ce qui concerne l’action en paiement de la prime et par l’assuré à l’assureur en ce qui concerne le règlement de l’indemnité.”

Article L.114-3 du Code des assurances

“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.”

Information complémentaire

Les causes ordinaires d’interruption de la prescription sont énoncées aux articles 2240 et suivants du Code Civil, reproduits ci-dessous.

Article 2240 du Code civil

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

Article 2241 du Code civil

“La demande en justice, même en référé, interrompt le délai de prescription ainsi que le délai de forclusion.

Il en est de même lorsqu’elle est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l’acte de saisine de la juridiction est annulé par l’effet d’un vice de procédure.”

Article 2242 du Code civil

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

Article 2243 du Code civil

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

Article 2244 du Code civil

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

Article 2245 du Code civil

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

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

12. PROTECTION DES DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL

Le traitement de données à caractère personnel est régi par la loi « Informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée et le Règlement UE 2016/679 du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l’égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données.

12.1 AWP P&C : RESPONSABLE DU TRAITEMENT

AWP P&C est le responsable du traitement des données à caractère personnel, recueillies en vue de l’exécution des contrats.

Ces données sont conservées pendant la durée nécessaire à l’exécution du contrat et conformément aux dispositions relatives à la prescription. Elles sont destinées aux gestionnaires des prestations d’assistance et sont susceptibles d’être communiquées à des sous-traitants, situés hors de l’Union Européenne.

Conformément à la législation et réglementation applicables en matière de protection des données le Bénéficiaire peut exercer son droit d’accès aux données le concernant et les faire rectifier en contactant : informations-personnelles@votreassistance.fr

Le Bénéficiaire est informé de l’existence de la liste d’opposition au démarchage téléphonique “Bloctel” sur laquelle il peut s’inscrire : www.bloctel.gouv.fr Pour plus d’informations, il est possible de consulter la Déclaration de confidentialité d’AWP P&C expliquant notamment comment et pourquoi sont collectées les données personnelles. Sa version la plus récente a été remise au Bénéficiaire lors de la souscription du contrat.

Dans le cadre de sa politique de maîtrise des risques et de la lutte anti-fraude, AWP P&C se réserve le droit de procéder à tout contrôle des informations et de saisir, si nécessaire, les autorités compétentes conformément à la législation en vigueur.

12.2 ALPTIS ASSURANCES : RESPONSABLE DU TRAITEMENT

Alptis Assurances est le responsable du traitement des données à caractère personnel, recueillies en vue de la passation et de la gestion des contrats. Pour plus d'informations, il est possible de consulter la Déclaration de confidentialité d'Alptis Assurances expliquant notamment comment et pourquoi sont collectées les données personnelles. Sa version la plus récente a été remise au Bénéficiaire lors de la souscription du contrat.

13. AUTORITÉ DE CONTRÔLE

Les entreprises qui accordent les prestations prévues par la Convention sont soumises au contrôle de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution, sise au 4 Place de Budapest - CS 92459 - 75436 PARIS CEDEX 09 - www.acpr.banque-france.fr

14. LOI APPLICABLE - LANGUE UTILISÉE

La Convention est régie par la loi française.

La langue utilisée pour l'exécution de la Convention est le français.

DÉCLARATION DE CONFIDENTIALITÉ AWP P&C

La sécurité de vos données personnelles nous importe.

AWP P&C est une compagnie d'assurance agréée par l'**Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR)** proposant des produits et services d'assurance. Protéger votre vie privée est notre priorité absolue. Cette déclaration de confidentialité explique comment nous collectons les données personnelles, quel type de données nous collectons et pourquoi, avec qui nous les partageons et à qui nous les divulguons. Veuillez lire attentivement cette déclaration.

1. QUI EST LE RESPONSABLE DU TRAITEMENT DES DONNÉES ?

Le responsable du traitement des données est la personne, physique ou morale, qui contrôle et est responsable de la conservation et de l'utilisation des données personnelles, au format papier ou électronique. **AWP P&C** ("Nous", "Notre") est responsable du traitement des données, tel que défini par la législation et la réglementation applicables en matière de protection des données.

2. QUELLES DONNÉES PERSONNELLES SONT COLLECTÉES ?

Nous collecterons et traiterons différents types de données personnelles vous concernant, conformément à ce qui suit :

- les données relatives à l'identification des personnes parties, intéressées ou intervenantes au contrat et
- toute autre donnée nécessaire à l'exécution du contrat.

Dans ce cadre, nous pourrions être amenés à collecter et traiter les « données personnelles sensibles » vous concernant.

⚠ En souscrivant le présent contrat, vous vous engagez à communiquer les informations figurant dans cette déclaration de confidentialité à tout tiers pour lequel toute donnée personnelle pourrait nous être transmise (ex. les autres assurés, les bénéficiaires, les tiers impliqués dans le sinistre, les personnes à prévenir en cas d'urgence, etc.), et vous acceptez de ne pas communiquer ces informations autrement.

3. COMMENT VOS DONNÉES PERSONNELLES SONT-ELLES COLLECTÉES ET TRAITÉES ?

Nous collecterons et traiterons les données personnelles que vous nous transmettez et celles que nous recevons de tiers (comme expliqué plus bas) pour un certain nombre de finalités et sous réserve de votre consentement exprès, à moins que ce dernier ne soit pas exigé par les lois et réglementations applicables, comme indiqué ci-dessous :

Finalité	Est-ce que votre consentement explicite est nécessaire ?
Administration du contrat d'assurance (ex. : traitement des réclamations, les enquêtes et estimations nécessaires à la détermination de l'existence de l'évènement garanti et du montant des indemnités à verser ou le type d'assistance à fournir, etc.)	Oui, si nécessaire. Toutefois, dans les cas où nous devons traiter vos données personnelles dans le cadre du traitement de votre réclamation, nous ne solliciterons pas votre consentement exprès.
Pour mener des enquêtes de qualité sur les services fournis, afin d'évaluer votre niveau de satisfaction et de l'améliorer	Non. Nous avons un intérêt légitime à vous contacter après avoir géré une demande ou après avoir fourni une prestation afin de nous assurer que nous avons exécuté nos obligations contractuelles d'une manière satisfaisante. Toutefois, vous avez le droit de vous y opposer en nous contactant comme cela est expliqué dans la section 9 ci-dessous.
Pour satisfaire à toutes les obligations légales (par exemple, celles qui découlent des lois sur les contrats d'assurance et les activités d'assurance, des règlements sur les obligations fiscales, comptables et administratives)	Non, dans la mesure où ces activités de traitement sont expressément et légalement autorisées.

À des fins de vérification, pour nous conformer aux obligations légales ou aux procédures internes	Non. Nous pouvons traiter vos données dans le cadre d'audits internes ou externes requis soit par la loi, soit par nos procédures internes. Nous ne solliciterons pas votre consentement au titre de ces traitements s'ils sont justifiés en vertu de la réglementation en vigueur ou au titre de notre intérêt légitime. Toutefois, nous nous assurerons que seules les données à caractère personnel strictement nécessaires seront utilisées et qu'elles seront traitées en toute confidentialité. Les audits internes sont généralement réalisés par notre société mère.
Pour réaliser des analyses statistiques et qualitatives sur la base des données et du taux de demandes d'indemnisation	Si nous réalisons l'une de ces activités de traitement, nous le ferons en anonymisant les données personnelles. En conséquence, les données anonymisées ne sont plus considérées comme des données "à caractère personnel" et votre consentement n'est plus requis.
Pour la gestion du recouvrement de créances	Non, si le traitement de vos données, même s'il s'agit de catégories sensibles de données à caractère personnel s'avère nécessaire à la constatation, à l'exercice ou à la défense de droits en justice, que nous pouvons invoquer également au titre de notre intérêt légitime.
Au titre de la prévention et de la lutte contre la fraude, le blanchiment d'argent et le respect de la réglementation applicable aux sanctions économiques, y compris, le cas échéant, par exemple, la comparaison entre vos informations et celles figurant sur les précédentes demandes, ou la vérification des systèmes courants de déclaration de sinistre	Non. Il est entendu que la détection et la lutte contre la fraude, le blanchiment d'argent et le respect de la réglementation applicable aux sanctions économiques constituent un intérêt légitime du Responsable du traitement. Par conséquent, nous sommes en droit de traiter vos données à cette fin sans avoir à recueillir votre consentement.
Pour transférer les risques via une réassurance et une coassurance	Nous pouvons traiter et partager vos données à caractère personnel avec d'autres compagnies d'assurances ou de réassurances, avec lesquelles nous avons signé ou nous signerons des accords de coassurance ou de réassurance. La coassurance est la couverture du risque par plusieurs compagnies d'assurances au moyen d'un seul contrat, en assumant chacune un pourcentage du risque ou en répartissant les couvertures entre elles. La réassurance est la "sous-traitance" de la couverture d'une partie du risque à un réassureur tiers. Toutefois, il s'agit d'un accord interne entre nous et le réassureur et vous n'avez aucun lien contractuel direct avec ce dernier. Ces transferts de risques interviennent au titre des intérêts légitimes des compagnies d'assurances, qui sont même généralement expressément autorisés par la loi (y compris le partage des données à caractère personnel strictement nécessaires à cette finalité).

Comme mentionné plus haut, pour les finalités énumérées précédemment, nous traiterons les données personnelles vous concernant que nous recevons de notre partenaire commercial ALPTIS ASSURANCES.

Concernant les finalités mentionnées précédemment pour lesquelles nous avons indiqué que votre consentement exprès n'est pas requis ou dans les cas où nous aurions besoin de vos données personnelles dans le cadre de la gestion de votre sinistre, nous traiterons vos données personnelles sur la base de nos intérêts légitimes et/ou conformément à nos obligations légales.

Vos données personnelles seront nécessaires pour tout achat de nos produits et services. Si vous ne souhaitez pas nous fournir ces données, nous ne serons pas en mesure de vous garantir l'accès aux produits et services demandés ou susceptibles de vous intéresser, ou encore de vous proposer des offres adaptées à vos exigences spécifiques.

4• QUI PEUT ACCÉDER À VOS DONNÉES PERSONNELLES ?

Nous nous assurerons que vos données personnelles sont traitées dans le respect des finalités indiquées plus haut.

Dans le cadre des finalités énoncées, vos données personnelles pourront être divulguées aux parties suivantes, agissant en tant que tiers, responsables du traitement des données :

- organismes du secteur public, autres sociétés de notre groupe, autres assureurs, réassureurs.

Dans le cadre des finalités énoncées, vos données personnelles pourront être divulguées aux parties suivantes, agissant en tant que préposés au traitement des données, opérant sous notre responsabilité :

- autres sociétés de notre groupe (dont AWP France SAS), consultants techniques, experts, avocats, experts en sinistres, réparateurs, prestataires, médecins et sociétés de services délégués de nos opérations (réclamations, informatique, services postaux, gestion de documents).

En définitive, nous pourrions être amenés à partager vos données personnelles dans les cas suivants :

- dans les cas envisagés ou réels de réorganisation, fusion, vente, coentreprise, cession, transfert ou autre disposition de tout ou partie de notre activité, de nos actifs ou de nos titres (notamment dans le cadre de procédures en insolvabilité ou autres procédures similaires) ; et
- afin de nous conformer à toute obligation légale, y compris aux obligations résultant des décisions du médiateur dans le cas où vous présenteriez une réclamation concernant l'un de nos produits ou services.

5. OÙ SONT TRAITÉES VOS DONNÉES PERSONNELLES ?

Vos données personnelles pourront être traitées aussi bien à l'intérieur qu'à l'extérieur de l'Union Européenne (UE) par les parties spécifiées dans la section 4, toujours sous réserve des restrictions contractuelles relatives à la confidentialité et à la sécurité, conformément à la législation et à la réglementation applicables en matière de protection des données. Nous ne divulguons pas vos données personnelles à des parties non autorisées à les traiter.

Chaque transfert de vos données personnelles en vue de leur traitement en dehors de l'UE par une autre société de notre groupe, sera effectué sur la base des règles internes d'entreprise approuvées par l'Autorité de régulation dont dépend notre groupe, établissant des règles adéquates de protection des données personnelles et contraignant juridiquement l'ensemble des sociétés de notre groupe. Lorsque les règles internes d'entreprise ne s'appliquent pas, nous prendrons des mesures afin de garantir que le transfert de vos données personnelles hors UE sera effectué selon le niveau de protection adéquat, au même titre que s'il s'agissait d'un transfert à l'intérieur de l'UE. Vous pouvez prendre connaissance des mesures de protection que nous mettons en œuvre pour ce type de transferts (clauses contractuelles types, par exemple) en nous contactant comme indiqué dans la section 9.

6. QUELS SONT VOS DROITS CONCERNANT VOS DONNÉES PERSONNELLES ?

Lorsque la loi ou la réglementation en vigueur le permet, vous avez le droit :

- d'accéder à vos données personnelles et de connaître leur provenance, les objectifs et finalités du traitement de ces données, les informations concernant le(s) responsables(s) du traitement des données, le(s) préposé(s) au traitement des données et les destinataires des données potentiellement divulguées ;
- de retirer votre consentement à tout moment, dans les cas où celui-ci est requis pour le traitement de vos données personnelles ;
- de mettre à jour ou de rectifier vos données personnelles afin qu'elles soient toujours exactes ;
- de supprimer vos données personnelles de nos systèmes si leur conservation n'est plus nécessaire dans le cadre des finalités indiquées précédemment ;
- de restreindre le traitement de vos données personnelles dans certaines circonstances, par exemple, si vous avez contesté l'exactitude de vos données personnelles, pendant la période nécessaire à la vérification de leur exactitude par nos services ;
- d'obtenir vos données personnelles au format électronique, pour votre usage personnel ou celui de votre nouvel assureur ; et
- de déposer une plainte auprès de notre société et/ou de l'autorité de protection des données compétente - Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL).

Vous pouvez exercer ces droits en nous contactant comme indiqué à la section 9.

7. COMMENT VOUS OPPOSER AU TRAITEMENT DE VOS DONNÉES PERSONNELLES ?

Lorsque la loi ou la réglementation en vigueur le permet, vous avez le droit de vous opposer au traitement de vos données personnelles par nos services, ou de solliciter auprès de notre société l'arrêt du traitement desdites données (y compris à des fins de marketing direct). Une fois votre demande transmise, nous ne procéderons plus au traitement de vos données personnelles, à moins que la législation ou la réglementation applicable ne le permette.

Vous pouvez exercer ce droit de la même manière que vos autres droits définis dans la section 6.

8. COMBIEN DE TEMPS CONSERVERONS-NOUS VOS DONNÉES PERSONNELLES ?

Nous ne conserverons vos données à caractère personnel que pendant la durée nécessaire aux fins indiquées dans la présente déclaration de confidentialité puis elles seront supprimées ou anonymisées une fois qu'elles ne sont plus nécessaires. Ci-dessous nous vous communiquons quelques-unes des durées de conservation applicables aux finalités indiquées à la section 3 ci-dessus.

- Pour une durée de deux (2) ans à compter de la date de fin du contrat d'assurance,
- En cas de sinistre - deux (2) ans à compter du règlement du sinistre,
- En cas de sinistre avec dommages corporels - dix (10) ans à compter du sinistre,
- Pour toute information sur les réclamations - deux (2) ans à compter de la réception de la réclamation,
- Pour toute information sur le contrat - deux (2) ans à compter de l'expiration, de la résiliation, ou de l'annulation.

Toutefois, sachez que des obligations ou des événements spécifiques supplémentaires peuvent parfois annuler ou modifier ces durées, tels que des litiges ou des enquêtes réglementaires en cours, qui peuvent remplacer ou suspendre ces durées jusqu'à ce que l'affaire soit close et que le délai applicable d'examen ou d'appel ait expiré. En particulier, les durées de conservation basées sur des prescriptions dans le cadre d'actions en justice peuvent être suspendues puis reprendre par la suite.

9. COMMENT NOUS CONTACTER ?

Pour toute question concernant l'utilisation que nous faisons de vos données personnelles, vous pouvez nous contacter par e-mail ou par courrier postal :

AWP France SAS

Département Protection des Données Personnelles

7 rue Dora Maar 93400 SAINT-OUEN

E-mail : informations-personnelles@votreassistance.fr

10. À QUELLE FRÉQUENCE METTONS-NOUS À JOUR LA PRÉSENTE DÉCLARATION DE CONFIDENTIALITÉ ?

Nous procédons régulièrement à la révision de cette déclaration de confidentialité.

DÉCLARATION DE CONFIDENTIALITÉ ALPTIS ASSURANCES

La sécurité de vos données personnelles nous importe.

Le **groupe Alptis** accorde une grande importance à la protection de la vie privée et des données personnelles qui sont collectées et utilisées dans le cadre de ses activités et services. Dans un souci de transparence, cette déclaration de confidentialité explique comment nous collectons les données personnelles, quel type de données nous collectons et pourquoi, avec qui nous les partageons et à qui nous les divulguons. Veuillez lire attentivement cette déclaration.

11- QUI EST LE RESPONSABLE DU TRAITEMENT DES DONNÉES ?

Le responsable du traitement des données est la personne, physique ou morale, qui contrôle et est responsable de la conservation et de l'utilisation des données personnelles, au format papier ou électronique. Alptis Assurances ("Nous", "Notre") est responsable du traitement des données, tel que défini par la législation et la réglementation applicables en matière de protection des données.

12- QUELLES DONNÉES PERSONNELLES SONT COLLECTÉES ?

Nous collecterons et traiterons différents types de données personnelles vous concernant, conformément à ce qui suit :

- les données relatives à l'identification des personnes parties, intéressées ou intervenantes au contrat et
- toute autre donnée nécessaire à la passation ou à la gestion du contrat.

⚠ En souscrivant le présent contrat, vous vous engagez à communiquer les informations figurant dans cette déclaration de confidentialité à tout tiers pour lequel toute donnée personnelle pourrait nous être transmise (ex. les autres assurés), et vous acceptez de ne pas communiquer ces informations autrement.

13- COMMENT VOS DONNÉES PERSONNELLES SONT-ELLES COLLECTÉES ET TRAITÉES ?

Nous collecterons et traiterons les données personnelles que vous nous transmettez pour un certain nombre de finalités et sous réserve de votre consentement exprès, à moins que ce dernier ne soit pas exigé par les lois et réglementations applicables, comme indiqué ci-dessous :

Finalité	Est-ce que votre consentement explicite est nécessaire ?
Devis et souscription du contrat d'assurance	Non, dans la mesure où ces activités de traitement sont nécessaires pour exécuter le contrat d'assurance auquel vous êtes partie et prendre les mesures nécessaires préalablement à la conclusion de ce contrat.
Administration du contrat d'assurance (ex. : traitement des réclamations, changement de coordonnées, etc.)	Oui, si nécessaire. Toutefois, dans les cas où nous devons traiter vos données personnelles dans le cadre du traitement de votre réclamation, nous ne solliciterons pas votre consentement exprès.
Pour satisfaire à toutes les obligations légales (par exemple, celles qui découlent des lois sur les contrats d'assurance et les activités d'assurance, des règlements sur les obligations fiscales, comptables et administratives)	Non, dans la mesure où ces activités de traitement sont expressément et légalement autorisées.
À des fins de vérification, pour nous conformer aux obligations légales ou aux procédures internes	Non. Nous pouvons traiter vos données dans le cadre d'audits internes ou externes requis soit par la loi, soit par nos procédures internes. Nous ne solliciterons pas votre consentement au titre de ces traitements s'ils sont justifiés en vertu de la réglementation en vigueur ou au titre de notre intérêt légitime. Toutefois, nous nous assurerons que seules les données à caractère personnel strictement nécessaires seront utilisées et qu'elles seront traitées en toute confidentialité. Les audits internes sont généralement réalisés par notre société mère.
Pour réaliser des analyses statistiques et qualitatives sur la base des données	Si nous réalisons l'une de ces activités de traitement, nous le ferons en anonymisant les données personnelles. En conséquence, les données anonymisées ne sont plus considérées comme des données "à caractère personnel" et votre consentement n'est plus requis.
Pour la gestion du recouvrement de créances	Non, si le traitement de vos données, même s'il s'agit de catégories sensibles de données à caractère personnel s'avère nécessaire à la constatation, à l'exercice ou à la défense de droits en justice, que nous pouvons invoquer également au titre de notre intérêt légitime.

Concernant les finalités mentionnées précédemment pour lesquelles nous avons indiqué que votre consentement exprès n'est pas requis ou dans les cas où nous aurions besoin de vos données personnelles dans le cadre de la souscription de votre assurance, nous traiterons vos données personnelles sur la base de nos intérêts légitimes et/ou conformément à nos obligations légales.

Vos données personnelles seront nécessaires pour tout achat de nos produits et services. Si vous ne souhaitez pas nous fournir ces données, nous ne serons pas en mesure de vous garantir l'accès aux produits et services demandés ou susceptibles de vous intéresser, ou encore de vous proposer des offres adaptées à vos exigences spécifiques.

14• QUI PEUT ACCÉDER À VOS DONNÉES PERSONNELLES ?

Nous nous assurons que vos données personnelles sont traitées dans le respect des finalités indiquées plus haut.

Dans le cadre des finalités énoncées, vos données personnelles pourront être divulguées aux parties suivantes, agissant en tant que tiers, responsables du traitement des données :

- organismes du secteur public, AWP P&C.

Dans le cadre des finalités énoncées, vos données personnelles pourront être divulguées aux parties suivantes, agissant en tant que préposés au traitement des données, opérant sous notre responsabilité :

- consultants techniques, avocats et sociétés de services déléguaires de nos opérations (réclamations, informatique, services postaux, gestion de documents).

En définitive, nous pourrions être amenés à partager vos données personnelles dans les cas suivants :

- dans les cas envisagés ou réels de réorganisation, fusion, vente, coentreprise, cession, transfert ou autre disposition de tout ou partie de notre activité, de nos actifs ou de nos titres (notamment dans le cadre de procédures en insolvabilité ou autres procédures similaires) ; et
- afin de nous conformer à toute obligation légale, y compris aux obligations résultant des décisions du médiateur dans le cas où vous présenteriez une réclamation concernant l'un de nos produits ou services.

15• COMMENT NOUS CONTACTER ?

Pour toute question concernant l'utilisation que nous faisons de vos données personnelles, vous pouvez nous contacter par e-mail ou par courrier postal :

Alptis - Délégué à la Protection des Données, Direction Juridique, Conformité et Contrôle Interne, 25 cours Albert Thomas 69445 LYON CEDEX 03

Email : contact-cnild@alptis.fr

16• CHARTE DE PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES

Pour plus d'informations concernant le traitement de vos données personnelles, nous vous invitons à consulter notre charte de protection des données personnelles disponible en ligne à l'adresse suivante :

<https://www.alptis.org/charte-de-protection-donnees-a-caractere-personnel/>.

Alptis Assurances

Intermédiaire en assurance - Société par Actions Simplifiée au capital de 10 000 000 € - 25 cours Albert Thomas 69003 Lyon - RCS de LYON n° 335 244 489 - N° TVA intracommunautaire : FR37335244489 - N° ORIAS : 07 005 850 - www.orias.fr - IDU EMBPG : FR341758_01CWQT - Assurance de Responsabilité Civile Professionnelle et Garantie Financière conformes au Code des Assurances - Tél : 04 72 36 16 16

AWP France SAS

Société par Actions Simplifiée au capital de 7 584 076,86 Euros - 490 381 753 RCS Bobigny - Siège social : 7 rue Dora Maar 93400 SAINT-OUEN, immatriculée à l'ORIAS sous le n° 07026 669 - <http://www.orias.fr/> - et agissant tant en son nom qu'au nom et pour son compte d'AWP P&C - Société Anonyme au capital social de 18 510 562,50 euros - 519 490 080 RCS Bobigny - Siège social : 7 rue Dora Maar 93400 SAINT-OUEN - Société d'assurance voyage et d'assistance - entreprise privée régie par le Code des assurances - Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), 4 Place de Budapest, CS92459, 75436 Paris Cedex - www.acpr.banque-france.fr

Notice d'information

**PROTECTION
JURIDIQUE
SANTÉ DES
FRONTALIERS**

Le présent document constitue la notice d'information du contrat Alptis Protection Juridique Santé des Frontaliers n° 01 ALPTIS 002.

Réf : PJSF

Il a été conclu entre :

- d'une part, l'association Alptis Frontaliers dont le siège social est situé 25 cours Albert Thomas 69445 LYON CEDEX 03, association régie par la loi de 1901,
- et d'autre part, CFDP Assurances dont le siège social est situé Immeuble l'Europe - 62 rue de Bonnel - 69003 LYON, entreprise régie par le Code des assurances.

Ce contrat est ouvert aux membres de l'association Alptis Frontaliers.

Les relations précontractuelles et contractuelles entre les parties sont régies par le droit français et notamment par le Code des assurances.

Les parties utiliseront la langue française pendant toute la durée de l'adhésion.

QUELQUES DÉFINITIONS

L'ASSUREUR : Cfdp Assurances

LE BÉNÉFICIAIRE, L'ASSURÉ OU VOUS : Le particulier, personne physique, ayant conclu un contrat d'assurance Santé de l'association Alptis Frontaliers, ainsi que toutes les autres personnes bénéficiaires désignées au bulletin individuel d'adhésion dudit contrat d'assurance Santé, à jour du paiement des cotisations et dûment désignés à l'Assureur.

LE TIERS : Toute personne autre que Alptis Assurances, l'association Alptis Frontaliers, l'Assureur et un Bénéficiaire.

LE FAIT GÉNÉRATEUR : L'évènement ou fait connu de l'Assuré, et susceptible de faire naître un préjudice ou de constituer une atteinte à un droit, que l'Assuré subit ou cause à un Tiers, préalablement ou concomitamment à toute réclamation.

En matière pénale, le Fait Générateur est la prise de conscience qu'un évènement ou un fait subi ou causé par l'Assuré est susceptible d'être réprimé par la loi.

LE LITIGE : Une situation conflictuelle opposant l'Assuré à un Tiers, découlant du Fait Générateur.

LE REFUS : Le désaccord formalisé et non équivoque suite à une réclamation émanant de l'Assuré ou d'un Tiers, ou l'absence de réponse à cette réclamation dans un délai raisonnable ou réglementaire.

LE SINISTRE : Le Refus, dans le cadre d'un Litige, opposé à une réclamation dont l'Assuré est l'auteur ou le destinataire (article L. 127-2-1 du Code des Assurances).

LE CARACTÈRE ALÉATOIRE : L'incertitude de la survenance d'un évènement.

LA DÉCHÉANCE DU DROIT À GARANTIE : La perte du droit à bénéficier des garanties du Contrat en raison du non-respect des conditions de mise en œuvre de la garantie ou des obligations mises à la charge de l'Assuré.

“Vous avez été victime d'une agression et avez subi un traumatisme à la fois physique et psychologique...”

Après une opération de routine, des complications surviennent : l'établissement de soins conteste son implication...”

Écoute et renseignements juridiques, un seul numéro : 04 68 80 12 86

Le service est accessible du lundi au vendredi (sauf jours fériés), de 09H00 à 12H30 et de 14H00 à 18H00

LA GARANTIE DE PROTECTION JURIDIQUE

Vous êtes victime d'une agression ou d'une atteinte accidentelle à votre intégrité physique et/ou morale et souhaitez être assisté et faire valoir vos droits à l'encontre de l'auteur responsable de votre préjudice.

Vous avez été victime d'une erreur médicale, paramédicale ou pharmaceutique, d'un retard ou d'une erreur de diagnostic, d'une erreur de délivrance, d'une infection nosocomiale ou d'un défaut de conseil d'un praticien à l'occasion d'une maladie, d'une hospitalisation, ou de tous soins ou examens médicaux et souhaitez être assisté et faire valoir vos droits face à :

- un établissement de soins public ou privé ;
- un professionnel de santé ;
- l'ONIAM (Office National d'Indemnisation des Accidents Médicaux).

L'ASSUREUR S'ENGAGE

L'ASSISTANCE TÉLÉPHONIQUE

Au numéro qui Vous est dédié, l'Assureur s'engage à Vous écouter et Vous fournir par téléphone des renseignements juridiques relevant du droit français et relatifs à la garantie de protection juridique décrite.

Des juristes qualifiés sont à votre écoute pour :

- répondre à vos interrogations,
- Vous informer sur vos droits,
- Vous proposer des solutions concrètes,
- envisager avec Vous, dans le cadre d'un accompagnement personnalisé, la suite à donner à votre difficulté.

UN ACCUEIL SUR RENDEZ-VOUS AU PLUS PROCHE DE VOUS

Sur simple demande, Vous pouvez rencontrer des juristes dans la délégation la plus proche parmi les trente (30) implantations réparties sur tout le territoire : il Vous suffit de contacter votre interlocuteur habituel afin de déterminer avec lui une date et un horaire qui permettront une rencontre dans les meilleurs délais.

LA GESTION AMIABLE DE VOS LITIGES

A la suite d'une déclaration de Sinistre garanti par le Contrat, l'Assureur s'engage à :

- Vous conseiller et Vous accompagner dans les démarches à entreprendre,
- Vous assister dans la rédaction de vos courriers de réclamation,
- Vous aider à réunir les pièces et témoignages nécessaires à la constitution de votre dossier,
- intervenir directement auprès du Tiers afin d'obtenir une solution négociée et amiable,
- Vous faire assister et soutenir par des experts ou des sachants lorsque la spécificité de la matière le nécessite et que cela est utile à la résolution de votre Litige,
- prendre en charge, dans la limite des montants et plafonds contractuels garantis, les frais et honoraires d'experts et de sachants, voire ceux de votre avocat lorsque votre adversaire est lui-même défendu dans les mêmes conditions,
- Vous proposer une médiation indépendante des parties. Le médiateur sera désigné sur une liste par une association ou un groupement professionnel sur demande de l'Assureur et avec votre acceptation. Il prendra contact avec les parties, les réunira et les mettra en condition de trouver par elles-mêmes la solution au Litige en cours.

Toutes vos demandes sont traitées dans un délai maximum de trois (3) jours ouvrés.

La gestion amiable du Litige est réalisée dans un délai de :

- six (6) mois à compter de la date de la première intervention des services de l'Assureur,
- ou un (1) an si une expertise contradictoire s'est avérée nécessaire.

A l'issue de ce délai, il Vous est soumis le choix, soit :

- de poursuivre la tentative de résolution amiable,
- de transmettre le dossier à l'avocat de votre choix pour engager les démarches judiciaires utiles,
- d'abandonner le recours.

Bien entendu, en cas d'accord amiable, l'Assureur Vous accompagne jusqu'à sa mise en œuvre effective.

LA PRISE EN CHARGE DES FRAIS DE PROCÉDURE JUDICIAIRE

Lorsque toute tentative de résolution amiable de votre Litige a échoué, il Vous appartient de décider de porter votre Litige devant la juridiction compétente. Lorsque Vous faites appel à un avocat ou toute autre personne qualifiée par la législation ou la réglementation en vigueur pour Vous défendre, Vous représenter ou servir vos intérêts, Vous avez la liberté de le choisir. Si Vous n'en connaissez pas, Vous pouvez Vous rapprocher de l'Ordre des avocats du barreau compétent ou demander à l'Assureur, par écrit, de Vous communiquer les coordonnées d'un avocat.

L'Assureur Vous garantit le remboursement dans la limite des montants et plafonds contractuels garantis :

- des frais et honoraires des avocats, experts et sachants dont Vous avez besoin pour soutenir votre cause,
- des frais et honoraires de l'expert judiciaire,
- des frais d'huissier pour la signification des actes,
- des taxes diverses relatives aux juridictions saisies.

LE SUIVI JUSQU'À LA PARFAITE EXÉCUTION DES DÉCISIONS

Parce qu'un Litige ne se termine pas à la délivrance d'une décision de justice, l'Assureur Vous accompagne jusqu'à sa parfaite exécution, soit à l'amiable, soit par la saisine d'un huissier territorialement compétent.

L'Assureur prend en charge les frais et honoraires de cet huissier dans la limite des plafonds contractuels garantis jusqu'à votre total désintéressement.

L'intervention de l'Assureur cesse :

- en cas d'insolvabilité notoire de votre débiteur constatée par un procès-verbal de carence dressé par huissier,
- en cas d'incarcération de votre débiteur,
- en cas de liquidation judiciaire de votre débiteur,
- lorsque votre débiteur est sans domicile fixe.

LES MONTANTS CONTRACTUELS GARANTIS

Les montants de prise en charge pour les Litiges dépendant des juridictions françaises :

BARÈME APPLICABLE AUX HONORAIRES D'AVOCAT ET D'EXPERT	EN € TTC
PHASE AMIABLE	
Démarches amiables	
• Intervention amiable	110
• Protocole ou transaction	340
Consultation & expertise	
• Consultation d'expert	390
• Expertise amiable	1 120
MARD (Modes Amiables de Résolution des Différends)	
• Conciliateur de justice (assistance) • Médiation de la consommation (assistance)	390
• Procédure participative • Médiation conventionnelle ou judiciaire • Arbitrage	560
PHASE JUDICIAIRE	
Assistance	
• Assistance préalable à toute procédure pénale • Assistance à une instruction • Assistance à une expertise judiciaire, en ce compris la rédaction des dires (forfait)	390

Commissions ou juridictions de première instance	
<ul style="list-style-type: none"> • Démarche au Parquet (forfait) • Saisine du SARVI (forfait) 	130
<ul style="list-style-type: none"> • Assistance aux mesures alternatives aux poursuites 	560
<ul style="list-style-type: none"> • Tribunal de Police 	560*
<ul style="list-style-type: none"> • Tribunal Correctionnel 	900*
<ul style="list-style-type: none"> • Tribunal / Chambre de proximité 	840*
<ul style="list-style-type: none"> • Tribunal judiciaire • Tribunal administratif • Autres juridictions du 1^{er} degré 	1 120*
<ul style="list-style-type: none"> • Référé / Procédure accélérée au fond • Référé d'heure à heure 	670 840
<ul style="list-style-type: none"> • Incidents d'instance et demandes incidentes 	670
<ul style="list-style-type: none"> • Ordonnance sur requête (forfait) 	450
<ul style="list-style-type: none"> • Commissions diverses (CIVI...) • Conseil de l'Ordre 	560
Cours ou juridictions de recours	
<ul style="list-style-type: none"> • Cour ou Juridiction d'Appel 	1 820*
<ul style="list-style-type: none"> • Recours devant le 1^{er} Président de la Cour d'Appel 	560
<ul style="list-style-type: none"> • Cour de Cassation • Conseil d'État • Cour d'Assises 	2 100*
Autres juridictions	
<ul style="list-style-type: none"> • Juridictions européennes (CJUE, CEDH) • Juridictions étrangères 	1 120*
<ul style="list-style-type: none"> • Juge de l'exécution • Juge de l'exéquat 	670

Les montants de prise en charge pour les Litiges dépendant des juridictions suisses :

BARÈME APPLICABLE AUX HONORAIRES D'AVOCAT ET D'EXPERT	EN CHF TTC
PHASE AMIABLE	
Démarches amiables	
<ul style="list-style-type: none"> • Consultation d'un avocat 	810
<ul style="list-style-type: none"> • Intervention amiable d'un avocat 	490
<ul style="list-style-type: none"> • Protocole ou transaction par voie d'avocat 	810
Consultation & expertise	
<ul style="list-style-type: none"> • Consultation d'expert 	810
<ul style="list-style-type: none"> • Expertise amiable 	1 680
PHASE JUDICIAIRE	
Commissions ou juridictions de première instance	
Tribunaux civils dont : <ul style="list-style-type: none"> • Juge de Paix (matière civile ≤ CHF 4000) • Tribunal de première instance • Tribunal de commerce 	3 250*
Tribunaux pénaux dont : <ul style="list-style-type: none"> • Tribunaux économiques • Tribunaux des mineurs 	3 250*
Tribunaux administratifs dont : <ul style="list-style-type: none"> • Tribunaux des assurances 	3 250*
Cours ou juridictions de recours	
<ul style="list-style-type: none"> • Tribunal cantonal • Cour suprême cantonale • Tribunal fédéral 	3 250*
Frais et émoluments	
<ul style="list-style-type: none"> • Émoluments forfaitaires • Frais de procédure 	4 500

Les plafonds, franchise et seuil d'intervention :

PLAFONDS, FRANCHISE & SEUIL D'INTERVENTION	En France (€ TTC)	En Suisse (CHF TTC)
Plafond de prise en charge par Sinistre (France, Andorre, Monaco) :	30 000	100 500
<i>Dont plafond pour démarches amiables :</i>	560	1 680
<i>Dont plafond pour expertise judiciaire :</i>	2 800	4 200
Seuil d'intervention :	aucun	
Franchise :	aucune	

Les modalités de prise en charge :

Les montants ci-après comprennent les frais habituels inhérents à la gestion d'un dossier (frais de copie, de téléphone, de déplacement, de postulation...) et constituent la limite de la prise en charge même en cas de pluralité ou de changement d'avocats.

Le remboursement sera effectué au plus tard dix (10) jours après réception de la facture acquittée et interviendra toutes taxes comprises.

Les montants sont cumulables et représentent le maximum des engagements par juridiction (montants signalés par un astérisque*) ou par intervention, même en cas de renvoi d'audience.

La subrogation :

Les indemnités qui pourraient Vous être allouées au titre des articles 700 du Code de Procédure Civile, 375 et 475-1 du Code de Procédure Pénale, L. 761-1 du Code de Justice Administrative, ou leurs équivalents devant les juridictions étrangères, ainsi que les dépens et autres frais de procédure Vous bénéficient par priorité pour les dépenses dûment justifiées restées à votre charge, et subsidiairement à l'Assureur dans la limite des sommes qu'il a engagées.

VOS ENGAGEMENTS

Pour déclarer votre Sinistre, Vous devez adresser :

- la description de la nature et des circonstances de votre Litige avec la plus grande précision et sincérité,
 - les éléments établissant la réalité du préjudice que Vous alléguiez,
 - les coordonnées de votre adversaire,
 - et toutes les pièces et informations utiles à l'instruction de votre dossier telles qu'avis, lettres, convocations, actes d'huissier, assignations...
- En cas de fausse déclaration intentionnelle de votre part sur la cause, les circonstances ou encore les conséquences du Litige, Vous pouvez être déchu de vos droits à garantie, voire encourir des sanctions pénales.

Vous devez déclarer votre Sinistre, sauf cas de force majeure, dans les deux (2) mois suivant le jour où Vous en avez eu connaissance. En cas de non-respect de ce délai, Vous encourez une Déchéance du droit à garantie ; néanmoins, l'Assureur ne Vous opposera pas de Déchéance pour déclaration tardive sauf s'il prouve que le retard dans la déclaration lui a causé un préjudice.

Dans votre propre intérêt, Vous devez éviter de prendre une initiative sans concertation préalable avec l'Assureur : si Vous prenez une mesure, de quelque nature qu'elle soit, mandatez un avocat ou tout autre auxiliaire de justice, expert ou sachant, avant d'en avoir avisé l'Assureur et obtenu son accord écrit, les frais exposés resteront à votre charge.

Néanmoins, si Vous justifiez d'une situation d'urgence caractérisée nécessitant la prise immédiate d'une mesure conservatoire, l'Assureur Vous remboursera, dans la limite des montants contractuels garantis, les frais et honoraires des intervenants que Vous avez mandatés, sans avoir obtenu son accord préalable.

L'APPLICATION DE LA GARANTIE DANS LE TEMPS

LA DURÉE DE LA GARANTIE

Sous réserve du paiement de la prime, la garantie du Contrat prend effet dès l'adhésion et est applicable pendant toute la durée de l'adhésion, sauf pendant les périodes de suspension du contrat d'assurance santé souscrit auprès de l'association Alptis Frontaliers.

La garantie cesse en cas de résiliation du contrat d'assurance de groupe Protection Juridique Santé par l'association Alptis Frontaliers ou l'Assureur. En outre, elle prend fin en même temps que la garantie santé de l'adhérent.

LA PRESCRIPTION

La prescription est l'extinction d'un droit après un délai prévu par la loi. Toutes actions dérivant du présent contrat sont prescrites dans les délais et termes des articles suivants du Code des assurances.

Article L. 114-1 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. Par exception, les actions dérivant d'un contrat d'assurance relatives à des dommages résultant de mouvements de terrain consécutifs à la sécheresse-réhydratation des sol, reconnus comme une catastrophe naturelle dans les conditions prévues à l'article L. 125-1, sont prescrites par cinq ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

- 1° En cas de réticence, omission, déclaration 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 ne court pas, ou est suspendue contre celui qui est dans l'impossibilité d'agir par suite d'un empêchement résultant de la loi, de la convention ou de la force majeure.

Article L. 114-2 du Code des assurances

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription* et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre.

L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec avis 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.

*Causes ordinaires d'interruption de la prescription pour les organismes relevant du Code des assurances.

En application de ces dispositions, constituent des causes ordinaires d'interruption de la prescription :

- la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait en l'espèce, par exemple, la reconnaissance de l'organisme assureur du droit de la garantie contestée (article 2240 du Code civil) ;
- l'exercice d'une action en justice, même en référé, y compris lorsque l'action est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure (article 2241 du Code civil) ;
- une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée (commandement de payer, saisie... [article 2244 du Code civil]) ;
- l'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait.
À noter que l'interpellation faite à l'un des héritiers d'un débiteur solidaire ou la reconnaissance de cet héritier, n'interrompt le délai de prescription que pour la part de cet héritier (article 2245 du Code civil) ;
- l'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance pour les cas de prescription applicables aux cautions (article 2246 du Code civil).

La prescription est également interrompue en cas de saisine du médiateur.

Un nouveau délai de deux (2) ans court à compter de l'acte interruptif de prescription, il peut être suspendu ou interrompu dans les mêmes conditions que le premier.

L'APPLICATION DE LA GARANTIE DANS L'ESPACE

La garantie s'exerce en France et en Suisse.

L'ASSUREUR N'INTERVIENT JAMAIS POUR LES LITIGES

- NE RELEVANT PAS DE VOTRE VIE PRIVÉE, ET PLUS GÉNÉRALEMENT QUI NE SONT PAS EXPRESSÉMENT DÉFINIS,
- TROUVANT LEUR ORIGINE DANS UNE CATASTROPHE NATURELLE AYANT FAIT L'OBJET D'UN ARRÊTÉ MINISTÉRIEL OU PRÉFECTORAL, UNE GUERRE CIVILE OU ÉTRANGÈRE, UNE ÉMEUTE, UN MOUVEMENT POPULAIRE, UNE MANIFESTATION, UNE RIXE, UN ATTENTAT, UN ACTE DE VANDALISME, DE SABOTAGE OU DE TERRORISME,
- EN RAPPORT AVEC UNE VIOLATION INTENTIONNELLE DES OBLIGATIONS LÉGALES OU INCONTESTABLES, UNE FAUTE, UN ACTE FRAUDULEUX OU DOLOSIF QUE VOUS AVEZ COMMIS VOLONTAIREMENT CONTRE LES BIENS OU LES PERSONNES EN PLEINE CONSCIENCE DE LEURS CONSÉQUENCES DOMMAGEABLES ET NUISIBLES,
- GARANTIS PAR UNE ASSURANCE DOMMAGES OU RESPONSABILITÉ CIVILE ET CEUX RELEVANT DU DÉFAUT DE SOUSCRIPTION PAR VOUS D'UNE ASSURANCE OBLIGATOIRE,
- DONT LE FAIT GÉNÉRATEUR EST ANTÉRIEUR ET CONNU DE VOUS À LA PRISE D'EFFET DE L'ADHÉSION AU CONTRAT OU QUI PRÉSENTE UN CARACTÈRE NON ALÉATOIRE À L'ADHÉSION,
- SURVENANT LORSQUE VOUS ÊTES EN ÉTAT D'IVRESSE PUBLIQUE ET MANIFESTE OU LORSQUE LE TAUX D'ALCOOLÉMIÉ EST ÉGAL OU SUPÉRIEUR À CELUI LÉGALEMENT ADMIS DANS LE PAYS OÙ A LIEU LE SINISTRE, OU SOUS L'INFLUENCE DE SUBSTANCES OU DE PLANTES CLASSÉES COMME STUPÉFIANTS OU LORSQUE VOUS REFUSEZ DE VOUS SOUMETTRE À UN DÉPISTAGE,
- RELATIFS AU TRAVAIL OU À L'EXPRESSION D'OPINIONS POLITIQUES, RELIGIEUSES, PHILOSOPHIQUES OU SYNDICALES,
- RELEVANT DU DROIT DES PERSONNES (LIVRE PREMIER DU CODE CIVIL),
- VOUS OPPOSANT À L'ASSOCIATION ALPTIS FRONTALIERS.

L'ASSUREUR NE PREND JAMAIS EN CHARGE

- LES FRAIS ENGAGÉS SANS SON ACCORD PRÉALABLE, SAUF URGENCE CARACTÉRISÉE NÉCESSITANT LA PRISE IMMÉDIATE D'UNE MESURE CONSERVATOIRE,
- LES FRAIS EXPOSÉS AU TITRE DE MESURES CONSERVATOIRES OU ENGAGÉS À VOTRE INITIATIVE,
- LES FRAIS DESTINÉS À PROUVER LA RÉALITÉ DE VOTRE PRÉJUDICE,
- LES FRAIS D'IDENTIFICATION OU DE RECHERCHE DE VOTRE ADVERSAIRE,
- TOUTE SOMME DE TOUTE NATURE DUE À TITRE PRINCIPAL, LES AMENDES, LES CAUTIONS, LES CONSIGNATIONS PÉNALES, LES ASTREINTES, LES INTÉRÊTS ET PÉNALITÉS DE RETARD,
- LES DÉPENS ET FRAIS DE JUSTICE EXPOSÉS PAR LA PARTIE ADVERSE QUE VOUS DEVEZ SUPPORTER PAR DÉCISION JUDICIAIRE, OU QUE VOUS AVEZ ACCEPTÉ DE PRENDRE EN CHARGE DANS LE CADRE D'UN PROTOCOLE D'ACCORD, UNE PROCÉDURE PARTICIPATIVE, UN ARBITRAGE OU UNE MÉDIATION,
- LES SOMMES AU PAIEMENT DESQUELLES VOUS ÊTES CONDAMNÉ AU TITRE DES ARTICLES 700 DU CODE DE PROCÉDURE CIVILE, 375 ET 475-1 DU CODE DE PROCÉDURE PÉNALE, L. 761-1 DU CODE DE JUSTICE ADMINISTRATIVE, OU LEURS ÉQUIVALENTS DEVANT LES JURIDICTIONS ÉTRANGÈRES,
- LES FRAIS DE RÉDACTION D'ACTES ET DE CONTRATS,
- LES SOMMES DONT VOUS ÊTES LÉGALEMENT REDEVABLE AU TITRE DE DROITS PROPORTIONNELS,
- LES HONORAIRES DE RÉSULTAT DE TOUT AUXILIAIRE DE JUSTICE.

LA PROTECTION DE VOS INTÉRÊTS

LE SECRET PROFESSIONNEL

Article L. 127-7 du Code des assurances

Les personnes qui ont à connaître des informations que vous communiquez pour les besoins de votre cause, dans le cadre du contrat, sont tenues au secret professionnel.

L'OBLIGATION À DÉSISTEMENT

Toute personne, chargée d'une prestation juridique, qui a un intérêt direct ou indirect à son objet, doit se désister.

L'EXAMEN DE VOS RÉCLAMATIONS - LA MÉDIATION

Une réclamation est une déclaration actant le mécontentement d'un client envers un professionnel : une demande de service ou de prestation, d'information, de clarification ou d'avis n'est pas une réclamation.

Toute réclamation concernant le Contrat, sa distribution ou le traitement d'un Litige, peut être formulée :

- par priorité auprès de votre interlocuteur habituel,
- et si sa réponse ne Vous satisfait pas, auprès du Service Relation Client de l'Assureur :
 - en remplissant le formulaire de réclamation sur le site Internet de l'Assureur à l'adresse suivante : <https://www.cfdp.fr/deposer-une-reclamation>
 - par courrier à Cfdp Assurances - Service Relation Client - immeuble l'Europe - 62 rue de Bonnel - 69003 LYON,
 - ou par mail à relationclient@cfdp.fr.

A compter de la réception de la réclamation, l'Assureur s'engage à en accuser réception sous dix (10) jours ouvrables, et, en tout état de cause, à la traiter dans un délai maximum de deux (2) mois.

Si aucune solution n'est trouvée, Vous pouvez saisir gratuitement le Médiateur de la consommation dont Vous trouverez ci-après les coordonnées :

- La Médiation de l'Assurance - TSA 50110 - 75441 PARIS CEDEX 09,
- www.mediation-assurance.org/Saisir+le+mediateur.

L'Assureur s'engage par avance à accepter la position qui sera prise par le Médiateur.

LE DÉSACCORD OU L'ARBITRAGE

Article L. 127-4 du Code des assurances

En cas de désaccord entre Vous et l'Assureur au sujet de mesures à prendre pour régler un Litige, cette difficulté peut être soumise à l'appréciation d'une tierce personne désignée d'un commun accord par les parties ou, à défaut, par le Président du Tribunal judiciaire statuant selon la procédure accélérée au fond.

Les frais exposés pour la mise en œuvre de cette faculté sont à la charge de l'Assureur ; toutefois, le Président du Tribunal judiciaire, statuant selon la procédure accélérée au fond, peut en décider autrement lorsque Vous mettez en œuvre cette faculté dans des conditions abusives.

Si Vous avez engagé à vos frais une procédure contentieuse et obtenu une solution plus favorable que celle qui Vous avait été proposée par l'Assureur ou par la tierce personne mentionnée à l'alinéa précédent, l'Assureur Vous indemnise des frais exposés pour l'exercice de cette action, dans la limite des montants contractuels garantis.

LE CONFLIT D'INTÉRÊTS

Article L. 127-5 du Code des assurances

En cas de conflit d'intérêts entre Vous et l'Assureur ou de désaccord quant au règlement du Litige, Vous bénéficiez du libre choix de l'avocat ou de toute autre personne qualifiée par la législation ou la réglementation en vigueur pour Vous défendre, et de la possibilité de recourir à la procédure de désaccord et d'arbitrage.

PROTECTION DES DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL

Aux termes du Règlement Général sur la Protection des Données Personnelles (RGPD) et de la loi Informatique et Libertés modifiée, l'Assureur Vous garantit plus de contrôle et de transparence sur l'utilisation de vos données personnelles en Vous expliquant quelles données sont collectées, dans quelle finalité, mais également comment elles sont protégées et quels sont vos droits à leur égard.

Collecte et finalités d'utilisation de vos données personnelles

Les données à caractère personnel sont collectées soit directement par l'Assureur, soit indirectement pour son compte par Alptis Assurances. Elles sont liées aux informations d'identification et de contact (nom, prénom, adresse postale, numéro d'identification unique, dates d'effet et de fin d'adhésion). Les données collectées directement par l'Assureur en qualité de responsable de traitement sont des données strictement nécessaires :

- à l'exécution du Contrat et la gestion des Sinistres (situation familiale ; informations relatives à la formation et à l'emploi ; données de santé lorsque cela est nécessaire ; données relatives aux infractions, aux condamnations pénales et aux mesures de sûreté connexes lorsque cela est nécessaire),
- à l'utilisation des services en ligne de l'Assureur (données d'identification et d'authentification, logs techniques, traces informatiques, informations sur la sécurité et l'utilisation du terminal, adresse IP).

Le traitement de ces données personnelles a pour principale finalité la passation, la gestion (y compris commerciale) et l'exécution du Contrat.

Les données collectées sont également susceptibles, en tout ou partie, d'être utilisées par les responsables de traitement :

- dans le cadre de contentieux éventuel (judiciaire ou arbitral),
- pour la lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme (LCBFT),
- pour le traitement des réclamations clients,
- plus largement, afin de permettre aux responsables de traitement de se conformer à une réglementation applicable,
- ou encore afin d'améliorer, le cas échéant, le Contrat, d'évaluer son adéquation à vos besoins d'assurance, d'évaluer la qualité des produits ou services fournis (enquête qualité et de satisfaction).

Le responsable de traitement dans le cadre de l'adhésion au Contrat, de la gestion du Contrat et de la relation avec Vous est Alptis Assurances.

Le responsable de traitement dans le cadre de l'exécution du Contrat et de la gestion des Sinistres est l'Assureur.

La base juridique du traitement de vos données est fondée :

- soit sur la gestion et l'exécution de votre adhésion au Contrat,
- soit sur le respect des obligations légales et réglementaires.

Pour les finalités indiquées précédemment, tout ou partie de ces données pourront être utilisées par différents services de l'Assureur et pourront le cas échéant être transmises aux parties intervenantes au Contrat telles que, notamment :

- Alptis Assurances,
- les intermédiaires en assurance,
- leurs gestionnaires,
- les prestataires mandatés (experts, avocats, médecins, officiers ministériels...),
- les organismes professionnels,
- les organismes d'assurance des personnes impliquées,
- et les organismes et autorités publics.

Localisation de vos données personnelles

Les données personnelles collectées par l'Assureur sont hébergées dans l'Union Européenne. Si un transfert hors de l'Union européenne des données personnelles collectées et traitées devait être réalisé, des garanties seraient prises pour l'encadrer juridiquement et assurer un bon niveau de protection de ces données.

Durée de conservation de vos données personnelles

Ces données sont conservées durant une période maximale correspondant au temps nécessaire aux différentes opérations ci-dessus listées ou pour la durée spécifiquement prévue par la CNIL (normes pour le secteur de l'assurance) ou encore par la loi (prescriptions légales).

Vos données personnelles ne seront pas conservées plus longtemps que nécessaire pour satisfaire ces finalités.

Vos droits à la protection de vos données

Conformément à la loi sur la protection des données personnelles, Vous disposez d'un droit d'accès, de modification, de rectification, d'opposition et de suppression des données Vous concernant en adressant une demande :

- par courrier à : CFDP Assurances – Délégué à la Protection des Données – Immeuble l'Europe – 62 rue de Bonnel – 69003 LYON,
- ou par mail à : dpd@cfdp.fr.

Vous disposez également du droit à la limitation du traitement et du droit de demander le transfert de vos données (droit à la portabilité).

Pour exercer l'un quelconque de vos droits, Vous devez préciser vos nom, prénom et mail ; l'Assureur pourra être amené à Vous demander également de joindre une copie recto-verso d'un justificatif d'identité en cours de validité (carte nationale d'identité, passeport).

Le responsable de traitement se réserve le droit de ne pas accéder à votre demande si le traitement des données est nécessaire à l'exécution du Contrat, au respect d'une obligation légale ou à la constatation, l'exercice ou la défense de droits en justice.

Le Délégué à la Protection des Données de l'Assureur traitera votre demande dans les meilleurs délais. En cas de désaccord persistant en lien avec la gestion de vos données personnelles, Vous avez la possibilité de saisir la CNIL :

- par téléphone au : 01 53 73 22 22,
- par courrier à : Commission Nationale Informatique et Libertés - 3 place de Fontenoy - 75007 PARIS,
- ou par Internet à l'adresse suivante : <https://www.cnil.fr/fr/vous-souhaitez-contacter-la-cnil>.

Sécurité

L'Assureur accorde la plus haute importance à la sécurité et à l'intégrité de vos données personnelles et s'engage à les traiter en ayant recours à des mesures de sécurité appropriées sur le plan technique et organisationnel.

(Pour en savoir plus sur les traitements de vos données personnelles et sur l'exercice de vos droits sur ces données, Vous pouvez consulter la page "Politique de confidentialité" de l'Assureur par Internet à l'adresse suivante : <https://www.cfdp.fr/politique-de-confidentialite>).

L'OPPOSITION AU DÉMARCHAGE

Conformément à la loi 2014-344 du 17 mars 2014, si Vous ne souhaitez pas faire l'objet de prospection commerciale par voie téléphonique de la part d'un professionnel avec lequel Vous n'avez pas de relation contractuelle préexistante, ou de la part d'un professionnel avec lequel Vous avez une relation contractuelle préexistante mais pour des sollicitations n'ayant pas de rapport avec l'objet du Contrat, Vous pouvez Vous inscrire gratuitement sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique :

- par courrier à : WORLDLINE - Service Bloctel - Immeuble River Ouest, 80 quai Voltaire - 95870 BEZONS,
- ou par Internet à l'adresse suivante : <http://www.bloctel.gouv.fr/>.

L'AUTORITÉ DE CONTRÔLE

L'autorité de contrôle de l'Assureur et d'Alptis Assurances est l'ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution) - 4 Place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris cedex 09.

Alptis Assurances

Intermédiaire en assurance - Société par Actions Simplifiée au capital de 10 000 000 € - 25 cours Albert Thomas 69003 Lyon - RCS de LYON n° 335 244 489 - N° TVA intracommunautaire : FR37335244489 - N° ORIAS : 07 005 850 - www.orias.fr - IDU EMBPG : FR341758_01CWQT - Assurance de Responsabilité Civile Professionnelle et Garantie Financière conformes au Code des Assurances - Tél : 04 72 36 16 16

CFDP Assurances

Compagnie d'assurances - Siège social : Immeuble l'Europe 62 rue de Bonnel 69003 LYON - SA au capital de 1 692 240 € - RCS 958 506 156 B - Entreprise régie par le Code des assurances



Alptis Assurances

Intermédiaire en assurance - Société par Actions Simplifiée au capital de 10 000 000 € - 25 cours Albert Thomas 69003 Lyon - RCS de LYON n° 335 244 489 - N° TVA intracommunautaire : FR37335244489 - N° ORIAS : 07 005 850 - www.orias.fr - IDU EMBPG : FR341758_01CWQT - Assurance de Responsabilité Civile Professionnelle et Garantie Financière conformes au Code des Assurances - Tél : 04 72 36 16 16