



**Mon Gustave**  
le comparateur #malin



**Mutuelle Santé**

## **Conditions générales**

**Comparez les offres**

**[www.mongustave.fr](http://www.mongustave.fr)**

# Optimum Santé

— Conditions Générales —  
(Valant Notice d'information)



## ARTICLE 1 - PREAMBULE

---

Le contrat d'assurance frais de santé **MEILLEURTAUX OPTIMUM SANTE** est un contrat collectif d'assurance à adhésion facultative individuelle, régi par les articles L 141-1 et suivants du Code des assurances et la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989. Ce contrat est dénommé ci-après le contrat groupe.

Il se compose des documents suivants :

- La présente Notice d'information à laquelle est adjointe celle relatives à la garantie Assistance Mutuaide ainsi que l'IPID, qui définissent les garanties, les engagements réciproques ainsi que les dispositions relatives à la vie du contrat,
- Le certificat d'adhésion, qui retrace les éléments personnels de l'Adhérent, ses déclarations et les garanties qu'il a souscrites,
- Le tableau des garanties, qui détaille l'ensemble des postes de remboursement et leurs montants.

L'ensemble de ces documents constitue de façon indissociable le contrat groupe auquel les parties s'engagent ; elles ne pourront se prévaloir de l'un d'entre eux séparément de tous les autres. Le contrat groupe est soumis à la loi française et toute action judiciaire afférente sera du ressort exclusif des tribunaux français.

Le souscripteur est l'**Association Copernic Pour l'Assurance (ACPA)**, ci-après dénommée l'"ASSOCIATION", régie par la loi du 1er juillet 1901, dont le siège est situé au 76 rue de la Pompe 75116 PARIS, pourvue de la qualité d'association souscriptrice de contrats collectifs d'assurance auprès de l'Assureur, au profit de ses Adhérents.

Le distributeur et le gestionnaire du contrat est **Meilleurtaux Santé** – marque exploitée par **AFI ASSURANCES SAS** au capital de 10 000€ - Siège sociale : 12 rue du Bois Guillaume 91000 Evry Courcouronnes – RCS Evry Courcouronnes B 404 414 583- Immatriculé au registre des intermédiaires d'assurance de l'ORIAS sous le n°07 027 969 – sous le contrôle de l'ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution – 4 place de Budapest CS 92459, 75436 Paris Cedex 09).

L'assureur des garanties Santé est ACHEEL - Société Anonyme au capital de 46 812,48 euros - Entreprise régie par le Code des assurances et soumise à l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR, 4 Place de Budapest CS 92459, 75436 Paris) – RCS Paris n°879605350 – Siège Social : 128 rue La Boétie - 75008 Paris – ci-après dénommée l'"Assureur".

Il est également précisé à l'adhérent que la gestion et le paiement des prestations santé seront effectués par l'organisme CPMS avec lequel collabore Meilleurtaux Sante : société par action simplifiée au capital de capital de capital de capital de 2 729 468 € inscrite auprès de l'ORIAS sous le N°07 001 007 - 4, Rue Auber 75009 PARIS - Téléphone : 01 47 70 30 97 – Fax : 01 42 46 68 10 – www.cpms.fr - RC PARIS B 97 B 14894 – Siret 414 357 889 00040 - Garantie Financière et RC Professionnelle conformes aux articles - L 512-6 et 512-7 du Code des Assurances.

**Les demandes de remboursement de prestations sont à adresser au centre de gestion :**

**Adresse postale :**  
**CPMS gestion Meilleurtaux Santé**  
**TSA 60521**  
**75427 Paris Cedex 9**  
**Email : [meilleurtauxsante@cpms.fr](mailto:meilleurtauxsante@cpms.fr)**  
**Téléphone : 09.70.17.10.16**

## ARTICLE 2 - OBJET DE L'ADHESION

---

Le contrat **MEILLEURTAUX OPTIMUM SANTE** est composé de 8 formules responsables, et a pour objet de vous garantir le remboursement de frais médicaux, chirurgicaux et / ou d'hospitalisation constatés médicalement, et occasionnés par l'un des événements suivants :

- Maladie ;
- Maternité ;
- Accident ;

Certaines prestations non couvertes par votre Régime obligatoire peuvent faire l'objet d'une participation de notre part si elles sont prévues par les garanties souscrites.

Les remboursements sont fonction de la formule de garanties choisies qui est indiquées au **certificat d'adhésion**. Le descriptif de l'ensemble des garanties est annexé à la présente notice d'information.

Les remboursements ne peuvent en aucun cas être supérieurs aux dépenses réelles.

## ARTICLE 3 - CONDITIONS D'ADHESION

---

L'admission à la présente assurance en qualité d'assuré est réservée aux personnes physiques respectant les conditions cumulatives suivantes :

- Être adhérentes à l'Association **ACPA**,
- Relèver du Régime Obligatoire français,
- Résider en France métropolitaine, y compris Corse. **Hors DROM COM et hors Monaco**
- Être signataire adhérent principal de la demande d'adhésion âgé de 30 ans minimum à 85 ans.

## ARTICLE 4 - MODALITES D'ADHESION

---

Le demandeur à l'assurance après avoir reçu et pris connaissance de la présente Notice d'information, de l'IPID (Document Information Produit) et du tableau de garanties, remplira avec soin un bulletin d'adhésion.

Il devra désigner ses ayants droit, parmi :

- Son conjoint,
  - Personne avec laquelle il est marié non divorcé et non séparé de corps judiciairement,
  - Son concubin vivant sous le même toit et sous réserve d'une attestation sur l'honneur de vie maritale,
  - Son partenaire de PACS, sous réserve de la production d'une attestation d'inscription de la déclaration du Pacte Civil de Solidarité,
  - Agé de 18 ans minimum à 85 ans.
- Ses enfants,
  - Âgés de moins de 18 ans, reconnus à sa charge ou à celle de son conjoint au sens du régime de base duquel relève l'assuré ou son conjoint,
  - Âgés de 18 à 26 ans inclus, sous réserve :
    - Qu'ils produisent un justificatif annuel de scolarité et n'exercent pas d'emploi rémunéré à caractère permanent,
    - Qu'ils soient en formation en alternance ou en contrat d'apprentissage, sous réserve de justificatif,
    - Qu'ils soient inscrits au Pôle Emploi en tant que primo demandeur d'emploi,
  - Sans limite d'âge si l'enfant bénéficie des allocations pour personnes handicapées prévues par la loi n°2005-12 du 11 février 2005.

- Ses ascendants ou proche parent, reconnus à sa charge ou à celle de son conjoint, rattachés au même foyer fiscal,

Pour pouvoir bénéficier immédiatement de la garantie dès le 1er jour de sa naissance, le nouveau-né doit être déclaré à **Meilleurtaux Santé** dans les 30 jours de sa naissance. A défaut, la garantie est acquise à compter du jour de la réception de la demande d'ajout de bénéficiaire.

**En cas de non-respect des conditions d'adhésion au contrat OPTIMUM SANTÉ, l'Adhérent s'expose aux sanctions prévues aux articles L. 113-8 et L. 113-9 du Code des assurances**

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

Le demandeur devra également indiquer ses souhaits de niveau de garanties afin d'être orienté vers l'offre qui lui soit la plus appropriée.

La formule de garanties choisie est identique pour l'adhérent et tous les ayants-droits.

Toute adhésion au contrat nécessite au préalable d'adhérer à **ACPA**. À ce titre, l'adhérent recevra une copie des statuts de l'association.

## ARTICLE 5 - PRISE D'EFFET ET DUREE DE L'ADHESION

---

L'adhésion est réputée conclue au jour de la signature par l'adhérent du Bulletin d'Adhésion.

Le contrat prend effet à compter du jour indiqué au certificat d'adhésion pour une période initiale de 12 mois, **sous réserve d'acceptation du dossier et du paiement de la cotisation de l'adhérent.**

L'adhésion se renouvelle ensuite par tacite reconduction à chaque échéance nouvelle de contrat, sauf en cas de résiliation dans les conditions des articles 6, 14 et 20 de la présente notice d'information. Néanmoins, les garanties d'assurance ont, sous réserve du paiement intégral des cotisations, et sous l'expresse condition qu'une réglementation impérative l'impose, un caractère viager dès l'adhésion.

**Bien que viagère, les garanties cessent toutefois :**

- Dès que l'assuré ne répond plus à la définition des personnes assurées ;
- À l'égard de chaque assuré, à la date d'effet de la résiliation de l'adhésion ou du contrat conclu entre **l'Association Copernic Pour l'Assurance (ACPA)**, et l'Assureur,

Sous réserve qu'ils aient été déclarés dans les délais prévus à l'organisme assureur, les garanties prennent effet pour les ayants droit :

- À la même date que les garanties de l'Adhérent,
- À la date à laquelle ils répondent aux conditions d'ayants droit,
- Au jour où est intervenu le changement de situation familiale conformément aux articles 7-2 et 15 de la présente notice,
- À défaut, à la date de l'accord de l'organisme assureur.

## ARTICLE 6 - RESILIATION DE L'ADHESION

---

L'adhésion peut être résiliée dans les circonstances et les délais précisés ci-dessous.

### 1. **Formes de la résiliation**

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

- Lettre ou tout autre support durable à l'adresse suivante : Meilleurtaux Santé, 12 rue du Bois Guillaume, 91055 EVRY COURCOURNNES CEDEX
- Acte extrajudiciaire
- Sur internet à l'adresse email suivante : [resiliationsante@meilleurtaux.com](mailto:resiliationsante@meilleurtaux.com)

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

## **2. Conséquences de la résiliation**

La résiliation de l'adhésion met fin aux garanties pour l'ensemble des Assurés à la date d'effet de la résiliation.

L'Adhérent sera redevable de la part de cotisation correspondant à la période jusqu'à laquelle les garanties sont en vigueur. En cas de trop versé de sa part, Meilleurtaux Santé remboursera à l'Adhérent sous un délai de trente (30) jours à compter de la date de résiliation de ses garanties.

La garantie reste acquise pour tous les soins et traitements en cours jusqu'à la date de prise d'effet de la résiliation. A ce titre, les soins liés à une hospitalisation ayant débutée avant la résiliation mais effectués après la résiliation de l'Adhésion ne feront l'objet d'aucun remboursement de la part de Meilleurtaux santé

## **3. Résiliation par l'adhérent**

L'Adhérent peut résilier son adhésion à chaque échéance annuelle selon les modalités précisées ci-dessus, **au plus tard deux mois avant cette échéance prévue au certificat d'adhésion**. La résiliation prend effet au jour de l'échéance principale à 0 heure.

L'adhérent peut ensuite résilier son adhésion à tout moment après l'expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription du contrat. La résiliation prend effet un mois après que l'assureur en a reçu notification par l'Adhérent (L113-15-2 du Code des Assurances).

En cas de diminution du risque, si l'assureur ne consent pas à réduire le montant de la cotisation en conséquence (article L113-4 du Code des assurances), une résiliation intervient dans le mois qui suit la date à laquelle l'adhérent a eu connaissance de la proposition. L'état de santé ne peut pas être pris en compte dans l'appréciation.

## **4. Résiliation par l'assureur**

L'assureur peut résilier l'adhésion :

- En cas de non-paiement des cotisations (article L113-3 du Code des assurances, et dont le détail est repris à l'article 20 de la présente notice) : à défaut de paiement d'une prime, d'une fraction de prime, dans les 10 jours de son échéance, la garantie pourra être suspendue 30 jours après la mise en demeure de l'Adhérent. L'assureur dispose de la faculté de résilier le contrat 10 jours après l'expiration de ce délai de 30 jours.
- En cas d'omission ou d'inexactitude dans la déclaration de l'adhérent sans que la mauvaise foi de ce dernier soit établie (article L113-9 du Code des assurances). La résiliation prend effet dix (10) jours après envoi de la lettre de résiliation.

## **5. Résiliation par l'adhérent ou par l'assureur**

L'adhérent ou l'assureur peuvent résilier l'adhésion en cas de changement de domicile en France métropolitaine, de situation matrimoniale, de profession, de départ à la retraite ou cessation d'activité professionnelle lorsque l'adhésion a pour objet la garantie de risques en relation directe avec la situation antérieure et qui ne se retrouvent pas dans la situation nouvelle (article L 113-16 du Code des assurances). La demande doit être effectuée dans les trois mois qui suivent la date de l'événement pour l'adhérent et dans les 3 mois qui suivent l'envoi par l'adhérent d'une lettre d'information pour l'assureur.

La résiliation prend effet un (1) mois après la notification de la lettre recommandée.

## **6. L'adhésion est résiliée de plein droit :**

- En cas de décès de l'adhérent. En présence d'ayants droit, les garanties sont maintenues jusqu'à la prochaine échéance de cotisation. S'ils le souhaitent, un nouveau contrat leur sera proposé, qui tiendra compte des garanties et conditions antérieures à la résiliation.

- En cas de départ de la France métropolitaine y compris Corse. La résiliation prend effet le 1er jour qui suit la cessation d'affiliation au régime obligatoire d'assurance maladie.
- Lorsque l'adhérent et/ou ses Ayants droit ne relève(nt) plus d'un Régime obligatoire d'assurance maladie français.
- Perte de la qualité de membre de l'Association

Dans tous les cas de résiliation, la sortie de l'Adhérent du présent contrat entraîne celle de ses Ayants-droit.

## ARTICLE 7 - DECLARATIONS

---

**Les déclarations, tant à l'adhésion qu'en cours de contrat, sont faites par l'adhérent pour son compte et celui de ses ayants droit auxquels elles sont opposables.**

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

### 1. À l'adhésion

L'adhérent doit répondre avec précision aux questions et demandes de renseignements figurant sur le bulletin d'adhésion.

### 2. En cours de contrat

L'adhérent doit déclarer, pour toute personne couverte par le contrat, tout événement modifiant les déclarations faites lors de l'adhésion et qui aurait pour effet de les rendre inexactes ou caduques et notamment :

- Un changement d'état civil,
- Une cessation ou un changement d'affiliation d'un des Bénéficiaires au Régime Obligatoire,
- Un changement de domicile ou un départ hors de France métropolitaine,
- La survenance d'un événement entraînant la cessation de qualité d'ayant droit,
- Un changement de profession ou une cessation d'activité professionnelle,
- Un changement de compte bancaire ou postal pour le prélèvement des cotisations et/ou le virement des prestations,
- L'existence ou la cessation de garanties de même nature souscrites auprès d'autres assureurs.
- Un changement de domicile ou un départ hors de France métropolitaine pour une durée supérieure à TROIS (3) mois,

Les déclarations en cours de contrat doivent être faites par courrier à l'adresse suivante : Meilleurtaux Santé, 12 rue du Bois Guillaume, 91055 EVRY COURCOURONNES CEDEX

**Ces événements doivent être signalés dans un délai de quinze (15) jours suivant leur survenance ; l'inobservation de ce délai ou l'absence de la déclaration, si elle cause un préjudice à l'assureur, est susceptible d'entraîner la perte de tout droit aux garanties liées à la modification.**

**Si des prestations ont été versées au-delà de ce délai, l'Assureur pourra demander à l'Adhérent le remboursement des prestations indûment réglées pour l'Adhérent et ses ayants droit.**

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

## ARTICLE 8 - CONDITIONS DES GARANTIES

---

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

**Seules sont garanties les dépenses de santé engagées entre les dates d'effet et de résiliation de l'adhésion.**

**En outre, pour les soins et les prothèses dentaires, les dates d'établissement d'un devis et les dates de soins correspondants à ce devis doivent être également situées dans la période de garantie.**

## ARTICLE 9 - PRISE D'EFFET DES GARANTIES

---

Les garanties de l'adhésion sont acquises immédiatement, sans délai d'attente, à compter de la date d'effet mentionnée au certificat d'adhésion **sous réserve de l'encaissement effectif de la première prime, à l'exception d'un délai d'UN mois pour la seule hospitalisation concernant les remboursements qui excèdent le ticket modérateur - hors accident.**

L'Assuré bénéficie également de tous les minimas légaux liés au cahier des charges "Contrats responsables" et "100% Santé" dans cet intervalle de temps.

## ARTICLE 10 - ETENDUE TERRITORIALE DES GARANTIES

---

Les garanties d'assurance frais de santé ne bénéficient qu'aux seuls adhérents résidant à titre principal en France Métropolitaine, y compris Corse, hors Monaco et hors DROM COM pour des frais engagés en France métropolitaine.

Le versement des frais médicaux, chirurgicaux ou d'hospitalisation s'exerce au titre de l'adhésion en France métropolitaine, à partir du moment où le Régime obligatoire français intervient sur la base du tarif de convention, de même qu'en cas de séjour en dehors de France métropolitaine de moins de TROIS (3) mois.

Le règlement des prestations est effectué en Euros auprès d'un établissement bancaire situé dans l'Espace Unique de paiement en euros (ou SEPA).

## ARTICLE 11 - OBJET, MONTANT ET CONTENU DES GARANTIES

---

Le produit **MEILLEURTAUX OPTIMUM SANTE** comprend plusieurs niveaux de garanties qui peuvent être proposées en fonction du besoin de l'adhérent.

Le produit comporte huit niveaux de garanties dont les remboursements par poste sont détaillés dans le tableau de garanties.

Chaque formule possède des niveaux de couverture, dont le descriptif détaillé de l'ensemble des postes est récapitulé dans le tableau de garanties inséré en annexe du présent document. Les montants de remboursements s'entendent :

- Y compris remboursement du Régime Obligatoire lorsqu'il intervient,
- Dans la limite du niveau de remboursement indiqué dans le tableau de garantie, en fonction de l'offre et des niveaux de garanties choisis et indiqués au certificat d'adhésion.

Selon les garanties, les montants de remboursements sont exprimés :

- En pourcentage du tarif en vigueur fixé par le Régime Obligatoire (Base de remboursement de la Sécurité Sociale),
- En pourcentage du tarif de responsabilité en vigueur fixé par le Régime Obligatoire : Tarif de Convention (TC) en secteur conventionné ou Tarif d'Autorité (TA) en secteur non conventionné,
- En Frais réels (FR),
- Par un forfait exprimé en euros. Ces montants représentent des plafonds de garantie qui incluent la prise en charge du ticket modérateur. Sur la majorité des postes, les plafonds sont exprimés par année d'adhésion et par bénéficiaire. Ils se renouvellent chaque année à la date d'échéance de l'adhésion et ne sont pas cumulables d'une année sur l'autre. Si ce plafond est atteint, seuls les actes remboursés par le Régime Obligatoire seront pris en charge à 100 % du tarif de responsabilité.

Seuls les équipements « optique » s'apprécient sur une période de deux ans et les équipements « aides auditives » s'apprécient sur une période de quatre ans.

Le tarif en vigueur auquel se réfère l'Assureur pour le calcul des prestations est celui en vigueur à la date des soins.

**Dans tous les cas, les remboursements sont limités au montant des frais réellement engagés. De convention expresse, l'Assureur est de plein droit habilité à limiter ou contester sa prise en charge en cas de non-respect des règles du Code de déontologie médicale.**



## ARTICLE 12 -APPLICATION DU 100% SANTE

### 1. OPTIQUE

#### a) Généralités

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

Deux classes d'équipement optique sont ainsi définies :

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

Les éléments de ces équipements peuvent être mixés comme suit :

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

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

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

#### VERRES SIMPLES

Verre unifocal sphérique dont la sphère est comprise entre - 6,00 et + 6,00 dioptries,

Verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre - 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries,

Verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries.

#### VERRES COMPLEXES

Verre unifocal sphérique dont la sphère est hors zone de - 6,00 à + 6,00 dioptries,

Verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre - 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries,

Verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est inférieure à - 6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie,

Verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 dioptries, Verre multifocal ou progressif sphérique dont la sphère est comprise entre - 4,00 et + 4,00 dioptries, Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre - 8,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries,

Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries.

#### VERRES TRÈS COMPLEXES

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

Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8,00 dioptries.

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

#### b) Les délais de renouvellement

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

Bénéficiaires concernés	Bénéficiaires de 16 ans et plus	Bénéficiaires de moins de 16 ans
-------------------------	---------------------------------	----------------------------------

Périodicité de renouvellement de droit commun	2 ans suivant la dernière facturation	1 an suivant la dernière facturation 6 mois pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage
Renouvellement anticipé en cas d'évolution de la vue		
Périodicité de renouvellement dérogatoire	1 an pour le renouvellement de la prise en charge d'un équipement complet (2 verres + la monture)	Sans délai pour le renouvellement de verres.
Cas d'application de la périodicité dérogatoire	Variation de la sphère ou du cylindre d'au moins 0,5 dioptrie d'un verre ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des deux verres ; Variation d'au moins 0,5 dioptrie de l'addition (pour un verre) ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des deux verres, en cas de presbytie et en l'absence de variation de la vision de loin ; Somme des variations (en valeur absolue) de loin et de près d'au moins 0,5 dioptrie (pour un verre), en cas de presbytie et en présence de variation de la vision de loin ; variation de l'axe du cylindre de plus de 20° pour un cylindre (+) inférieur ou égal à 1,00 dioptrie ; variation de l'axe du cylindre de plus de 10° pour un cylindre (+) de 1,25 à 4,00 dioptries ; variation de l'axe du cylindre de plus de 5° pour un cylindre (+) > 4,00 dioptries.	
Constatation de l'évolution de la vue	Soit présentation à l'opticien d'une nouvelle prescription médicale et comparaison avec l'ancienne, soit adaptation de la prescription médicale par l'opticien-lunetier lors d'un Renouvellement de délivrance.	Sur présentation à l'opticien d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique.
Renouvellement anticipé en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières		
Périodicité de renouvellement dérogatoire	Aucun délai de renouvellement des verres	
Cas d'application de la périodicité dérogatoire	Cf. liste des pathologies concernées dans l'arrêté du 3 décembre 2018 parue au JO du 13/12/2018.	
Constatation de l'évolution de la vue	Présentation à l'opticien d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique avec mention de l'existence d'une situation médicale particulière.	

## 2. DENTAIRE

Trois paniers de soins prothétiques sont ainsi définis au tableau des garanties:

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

## 3. AIDE AUDITIVE

Deux classes d'équipement auditif sont ainsi définies au tableau des garanties :

L'équipement auditif de « classe I » sans reste à charge : cet équipement est remboursé aux frais réels **sans pouvoir excéder les prix limites de vente qui s'imposent aux audioprothésistes pour l'application du 100% santé.**

L'équipement auditif de « classe II » : cet équipement auditif est remboursé dans les conditions fixées dans le tableau de garanties, qui respectent le plafond de 1 700 euros prévu dans le cadre du contrat responsable. **Ce plafond n'inclut pas les prestations annexes à l'aide auditive telles que le ticket modérateur des consommables, des piles ou des accessoires.** En

revanche, ce plafond inclut systématiquement la prise en charge du ticket modérateur ainsi que la part prise en charge par l'assurance maladie obligatoire.

La prise en charge d'une aide auditive par oreille **est limitée à une aide auditive tous les quatre (4) ans** suivant la date de facturation de l'aide auditive, ayant fait l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie obligatoire ou par l'organisme assureur.

Le délai court indépendamment pour chaque équipement de chaque oreille.

## ARTICLE 13 - CADRE JURIDIQUE DU CONTRAT DIT RESPONSABLE

---

Cette adhésion s'inscrit dans le cadre du dispositif législatif relatif aux contrats d'assurance complémentaire santé dits « contrats responsables » (article 57 de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 et différents décrets et arrêtés, modifiés par le décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 visant à garantir un accès sans reste à charge à certains équipements d'optique, aides auditives et soins prothétiques dentaire).

Afin que le présent produit soit qualifié de « responsable », celui-ci ne prend pas en charge les conséquences financières de la baisse du taux de remboursement liées au non-respect du parcours de soins ainsi que les franchises médicales laissées à la charge de l'adhérent pour les frais relatifs à certaines prestations et produits de santé pris en charge par l'assurance maladie.

L'ensemble des actes de prévention prévu au titre de l'article R871-2 II du Code de la Sécurité sociale est pris en charge.

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

## ARTICLE 14 - MODIFICATIONS DES GARANTIES

---

### 1. A LA DEMANDE DE L'ADHÉRENT

L'adhérent a la possibilité de demander un changement de niveau par écrit et au plus tard deux (2) mois avant l'échéance principale de l'adhésion à l'adresse suivante : **Meilleurtaux Santé, 12 rue du Bois Guillaume, 91055 EVRY COURCOURONNES CEDEX.**

Toute modification du niveau de garantie ne sera acceptée qu'après un délai de douze (12) mois d'assurance minimum suivant la date d'effet de l'adhésion ou la date d'effet d'un avenant s'il fait suite à une augmentation du niveau de remboursements. L'augmentation ou la diminution des garanties sera limitée à maximum 2 niveaux supérieurs ou inférieurs par rapport à la garantie souscrite.

S'il s'agit d'une augmentation de niveau supérieur elle n'est plus ouverte lorsque l'un des Assurés a atteint l'âge de 75 ans.

Toute modification du niveau de garantie sera matérialisée par un avenant contractuel qui aura pour effet de faire partir un nouveau délai de douze (12) mois d'assurance avant l'ouverture de la faculté de résiliation infra-annuelle.

Après acceptation par l'Adhérent, sous réserve, le cas échéant, du paiement effectif des cotisations correspondantes, la modification des garanties prendra effet à la date mentionnée sur l'avenant correspondant.

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

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

### 2. A L'INITIATIVE DE L'ASSUREUR

En cas d'évolution législative, réglementaire et/ou de l'intervention du régime de la Sécurité sociale, le contrat peut être modifié en cours d'année. Les nouvelles conditions de garanties et/ou de cotisations prennent alors effet à la date d'effet mentionnée sur la notification de la modification.

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

De même, si les résultats du contrat le nécessitent, l'organisme assureur propose un aménagement des garanties et/ou une révision des cotisations.

L'organisme assureur adresse alors une notification à l'Adhérent au moins deux mois avant la date d'échéance annuelle de l'adhésion. Les nouvelles conditions sont applicables au titre de la nouvelle échéance.

En cas de modification des garanties et/ou de révision des cotisations telle que mentionnée aux alinéas précédents, l'Adhérent peut toujours refuser la proposition de l'organisme assureur dans les trente (30) jours qui suivent la réception de la notification en envoyant sa demande de résiliation par l'un des moyens exposés à l'article 6 « Résiliation du contrat ». Le contrat est alors résilié dans les dix (10) jours suivants.

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

Jusqu'à la date d'effet de la modification du contrat, les dispositions antérieures continuent à s'appliquer au contrat.

## ARTICLE 15 - AJOUT OU SORTIE DES AYANTS DROIT

---

### 1. A L'ÉCHÉANCE PRINCIPALE

L'adhérent a la possibilité de demander l'ajout ou la sortie d'un ayant droit par écrit et au plus tard 2 (deux) mois avant l'échéance principale de l'adhésion, en écrivant à l'adresse suivante : Meilleurtaux Santé, 12 rue du Bois Guillaume, 91055 EVRY COURCOURONNES CEDEX

### 2. HORS ÉCHÉANCE PRINCIPALE

#### Ajout d'un ayant droit

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

- Dans un délai de 30 jours suivant cet événement s'il s'agit d'une naissance ou d'une adoption,
- Dans un délai de 15 jours suivant cet événement pour les autres demandes.

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

- À la date de naissance du nouveau-né,
- À la date de réception de la demande pour les autres cas (adoption, union),
- À la date de radiation d'un contrat de même nature prévoyant des garanties similaires (sous réserve de la production d'un Certificat de radiation).

Si la demande est formulée au-delà des délais ci-dessus, la modification du contrat prendra effet à la date de réception de la demande, sous réserve de la production des pièces justificatives. **En cas de déclaration tardive par l'Adhérent, une échéance de garantie est susceptible de lui être opposée dès lors que l'assureur établit que ce retard dans la déclaration lui a causé un préjudice.**

#### Sortie d'un ayant droit

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

- En cas de décès, au lendemain du décès,
- À la date de réception de la déclaration pour les autres cas (séparation ou divorce, cessation ou changement d'affiliation au Régime Obligatoire)

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

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

### 3. AJUSTEMENT SUR LA COTISATION

Pour donner suite à la demande d'ajout ou de sortie d'un ayant droit, l'adhérent recevra une notification ayant valeur d'avenant. Sans retour de sa part dans le mois qui suit la réception de cette notification, la modification des ayants droit prendra effet à la date d'effet de l'avenant.

En cas d'ajout ou de sortie d'ayant droit, la cotisation sera ajustée en conséquence à compter de la date d'effet de l'avenant constatant cette modification. La différence de cotisation sera mentionnée dans l'avenant. **S'il s'agit d'un supplément à acquitter, celui-ci devra être réglé à l'Assureur conformément aux dispositions de l'article 20. S'il s'agit d'une ristourne en faveur de l'Adhérent, celle-ci lui sera réglée sous réserve de l'absence d'arriéré de prime à compenser.**

## ARTICLE 16 - EXCLUSIONS

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

**Les exclusions ci-dessous s'appliquent à toutes les garanties d'assurance à l'exception des garanties minimum et maximum des contrats responsables.**

**Les garanties ne s'exercent pas en cas :**

- **De guerre civile ou étrangère, d'émeutes et mouvement populaires**
- **De désintégration du noyau atomique ou de radiations ionisantes,**
- **De traitements ou interventions chirurgicales dans un but de rajeunissement ou esthétique, sauf les actes remboursés par le Régime Obligatoire qui seront pris en charge à 100% du tarif de responsabilité,**
- **De cures d'amaigrissement, de sommeil, de désintoxication**
- **D'une aggravation due à l'inobservation intentionnelle par l'Assuré des prescriptions du médecin.**

**SONT EXCLUS de la garantie, les frais relatifs à des séjours en établissements médico-sociaux ou pédagogique, maisons de retraite, logements foyer pour personnes âgées, cures médicales spécialisées ou non.**

**Sont également applicables les exclusions imposées par le dispositif législatif des contrats dits « responsables »**

## ARTICLE 17 - ADAPTATION DE L'ADHESION PAR SUITE DE MODIFICATIONS DU REGIME DE BASE DE LA SECURITE SOCIALE

Les garanties de la présente adhésion, sa tarification et les modalités de mise en jeu de l'assurance ont été fixées compte tenu des dispositions du régime obligatoire d'assurance maladie en vigueur lors de sa prise d'effet. Si ces dispositions ou les règles d'indemnisation de l'assurance maladie venaient à être modifiées, l'Assureur se réserve la faculté de procéder à une révision du contrat, à compter du premier jour du mois suivant l'application par cet organisme des dispositions nouvelles.

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

## ARTICLE 18 - PRESTATIONS

---

### 1. REMBOURSEMENT DES PRESTATIONS

Les dépenses de prestations sont remboursées en fonction de l'offre et du niveau de garanties auquel l'Adhérent a adhéré, qui figurent au certificat d'adhésion. Elles ne peuvent en aucun cas être supérieures aux dépenses réelles.

Les demandes de remboursement de prestations sont à adresser au centre de gestion :

**Adresse postale :**  
**CPMS gestion Meilleurtaux Santé**  
**TSA 60521**  
**75427 Paris Cedex 9**  
**Email : [meilleurtauxsante@cpms.fr](mailto:meilleurtauxsante@cpms.fr)**  
**Téléphone : 09.70.17.10.16**

Dans les conditions et limites de remboursement du niveau de garanties choisi et mentionné au certificat d'adhésion, l'assureur peut prendre en charge :

- Les frais ayant préalablement donné lieu à un remboursement par le Régime français d'assurance maladie,
- Les frais non remboursés par le régime obligatoire mais prescrits médicalement, faisant l'objet d'une prise en charge,
- Les frais non remboursés par le régime obligatoire et non prescrits.

Le remboursement est appliqué séparément pour chaque poste de frais pris en charge par le Régime d'assurance maladie.

Il est toujours subordonné au remboursement préalable par le Régime d'assurance maladie, sauf dispositions contraires figurant au tableau des garanties.

Les prestations sont réglées dans les 15 jours à compter de la réception de l'intégralité des pièces nécessaires au paiement. Ce délai s'entend hors délais bancaires et éventuelles dispositions spécifiques.

Les prestations sont réglées en euros sur un compte ouvert auprès d'un établissement bancaire français.

Les décomptes seront adressés à chaque remboursement par mail ou par courrier et seront disponibles en ligne dans l'espace personnel des assurés géré par **CPMS**.

### 2. TÉLÉTRANSMISSION

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

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

En cas de rejet de la télétransmission, l'assuré sera amené à transmettre l'original de son décompte. Seuls les décomptes pour lesquels un remboursement n'a pas été traité automatiquement devront être envoyés.

### 3. CUMUL D'ORGANISMES ASSUREURS

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 et de la dépense engagée. Dans cette limite, le bénéficiaire peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix.

### 4. TIERS PAYANT

L'adhésion au contrat **MEILLEURTAUX OPTIMUM SANTE** permet de bénéficier des avantages d'une carte de tiers payant.

Pour les dépenses de pharmacie remboursables par le régime d'assurance maladie, l'assuré est dispensé du paiement du ticket modérateur.

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

La carte de Tiers payant permet également de bénéficier d'une prise en charge dans la limite de la garantie souscrite, en cas d'hospitalisation en France par l'intermédiaire de l'établissement hospitalier auprès de l'organisme de Tiers payant Viamedis ou sur simple demande et en cas de conventions de tiers-payant avec des établissements hospitaliers. En cas de suspension ou de résiliation du contrat, l'adhérent s'engage à restituer immédiatement la carte de Tiers payant. Il s'engage également à rembourser à l'Assureur les prestations indûment réglées aux praticiens postérieurement à cette suspension ou cette résiliation.

## 5. PIÈCES NÉCESSAIRES AU PAIEMENT DES PRESTATIONS

Pour obtenir le règlement de ses prestations, l'adhérent doit envoyer à **CPMS gestion Meilleurtaux Santé TSA 60521 – 75427 Paris cedex 9**, les pièces justificatives accompagnées d'une demande datée et signée comportant le numéro d'adhésion.

La liste des pièces justificatives à fournir est la suivante :

- Les décomptes originaux des remboursements du Régime Obligatoire justifiant les prestations qui ont été servies. (Dans les départements dans lesquels un accord a été passé avec les organismes de Régimes Obligatoires, une telle formalité ne sera pas nécessaire),
- Les notes d'honoraires et factures détaillées justifiant des frais réellement engagés, notamment pour le transport hospitalier,
- Les factures d'hospitalisation si celle-ci n'a pas donné lieu à prise en charge préalable,
- Les factures des pharmaciens lorsque la garantie Tiers payant n'a pu être mise en jeu ou en cas de dépassement du tarif de responsabilité,
- La facture détaillée des frais engagés pour les prothèses dentaires,
- Pour les frais d'optique, la demande de prise en charge et la facture de l'opticien distinguant le prix de la monture de celui des verres ou indiquant les frais de lentilles. Pour les lentilles non remboursées par le Régime Obligatoire, joindre également une ordonnance de moins de deux ans. L'évolution de la vue devra être justifiée soit par la présentation d'une nouvelle prescription médicale portant une correction différente de la précédente ou soit sur la présentation de la prescription initiale comportant des mentions de l'opticien en application de l'article R165-1 du code de la Sécurité Sociale.
- Pour les cures thermales, la facture détaillée des frais engagés, ainsi que le décompte du remboursement du Régime Obligatoire,
- Lorsque l'Adhérent ou ses ayants droit bénéficient d'une autre couverture complémentaire, les originaux des décomptes établis par l'organisme en cause,
- En cas d'accident mettant en cause un tiers responsable identifié, les coordonnées du tiers responsable ou de son Assureur, afin de pouvoir engager les recours,
- La facture détaillée du praticien diplômé d'État si l'assuré consulte un ostéopathe, un homéopathe, un acupuncteur, un naturopathe, un étiope, un diététicien, un chiropracteur, un micro-kinésithérapeute, un podologue, un réflexologue, un sophrologue, un lumniothérapeute, un hypnothérapeute au titre du poste prévention & bien-être,
- Les factures originales pour tous les actes et frais non remboursés par le Régime Obligatoire mais dont les garanties sont couvertes par ce contrat.

**Seuls les décomptes originaux ou sur support durable tiennent lieu de justificatifs.**

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

En tout état de cause, tout justificatif produit plus de 2 ans après la date de soin ne pourra pas faire l'objet de remboursement.

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

## ARTICLE 19 - CONTROLE, PROCEDURE D'EXPERTISE ET ARBITRAGE

---

### 1. CONTRÔLE DES DÉPENSES

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

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

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

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

## 2. PROCÉDURE D'EXPERTISE

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

## 3. ARBITRAGE

En cas de persistance d'un désaccord sur les conclusions du médecin expert que l'Assureur a désigné, le différend est soumis à une expertise amiable avant tout recours à la voie judiciaire. Chacune des parties choisit un médecin expert devant régler le différend. À défaut d'accord entre eux, ceux-ci s'adjoignent un troisième expert et tous trois opèrent en commun et à la majorité des voix.

À défaut d'accord entre les médecins sur le nom du tiers expert, la désignation est effectuée par le Président du Tribunal de Grande Instance du domicile de l'assuré. Cette nomination est faite sur simple requête signée des deux parties ou d'une seule, l'autre partie ayant été convoquée par lettre recommandée. Les trois médecins opèrent en commun et à la majorité des voix.

Chaque partie paie les frais et honoraires de son représentant. Les honoraires du tiers médecin sont supportés à charge égale par les deux parties.

# ARTICLE 20 - COTISATIONS

---

## 1. MONTANT DE LA COTISATION

La cotisation est fixée au certificat d'adhésion. Elle est exprimée en Euros, tous frais et taxes inclus. Elle tient compte d'un certain nombre de paramètres tels que le régime obligatoire de l'adhérent, les garanties choisies, l'âge des assurés, la composition familiale et la zone géographique. Elle ne dépend pas de l'état de santé des assurés.

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

## 2. VARIATION DE LA COTISATION

La cotisation évolue en fonction de l'âge atteint de l'adhérent et de ses ayants droit à l'échéance de l'adhésion.

En cours de contrat, la cotisation peut varier en cas de :

- Modification de la législation sociale et/ou fiscale,
- Changement de garanties,
- Ajout ou sortie d'ayant droit,
- Changement ou modification du régime d'assurance maladie,
- Changement de domicile entraînant un changement de zone tarifaire.

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

## 3. RÉVISION DE LA COTISATION

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

Les augmentations de cotisations ont généralement lieu chaque année à la date d'échéance du contrat. Le nouveau montant de cotisation sera communiqué à l'avis d'échéance annuelle.

Les augmentations de cotisations seront notifiées à l'adhérent par écrit au moins deux mois avant la date prévue de l'entrée en vigueur, à moins que les délais réglementaires ne permettent pas de respecter ce délai.



L'adhérent pourra être informé par notification sur tout support durable.. L'adhérent pourra refuser cette modification en résiliant le contrat dans le mois qui suit la réception du courrier.

#### 4. MODALITÉS DE PAIEMENT DE LA COTISATION

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

**Le prélèvement automatique est obligatoire pour les paiements mensuels, trimestriels et semestriels.** Le prélèvement s'effectue pour chaque mois de quittance **au plus tard le 15 du mois précédant la quittance.**

**En cas de rejet de prélèvement bancaire, les frais de représentation et les frais financiers sont mis à la charge de l'adhérent.**

#### 5. DÉFAUT DE PAIEMENT

**Si l'adhérent ne paie pas la cotisation dans les dix (10) jours de son échéance, l'assureur peut – indépendamment de son droit de poursuite en justice – adresser à l'adhérent une lettre recommandée valant mise en demeure. Conformément à l'article L.113-3 du Code des Assurances, les garanties seront suspendues TRENTE (30) jours après l'envoi de cette mise en demeure.**

La suspension de garanties entraîne, pour chaque assuré, la perte de tout droit aux garanties prévues par la présente adhésion pour des événements survenus pendant la période de suspension.

En cas de paiement de l'intégralité de la cotisation restant due dans les dix jours suivant la suspension des garanties, celles-ci seront remises en vigueur le lendemain midi du jour du paiement. À défaut, l'adhésion sera automatiquement résiliée dix jours après l'expiration du délai de trente jours précités. Dans ce cas, la portion de cotisation relative à la période postérieure à la date d'effet de la résiliation sera acquise à titre de dommages et intérêts et l'assureur pourra en poursuivre le recouvrement. S'y ajouteront les frais de recouvrement et les intérêts de retard qui seront à la charge de l'adhérent.

#### 6. LOI MADELIN

Les cotisations de l'adhésion sont éligibles à la loi N°94-126 du 11 février 1994 dite « loi Madelin » au bénéfice des Travailleurs Non-Salariés. Toutefois, pour bénéficier des avantages de la loi, l'adhérent doit, chaque année, fournir une attestation de paiement de ses cotisations au Régime Obligatoire de retraite et de prévoyance.

### ARTICLE 21 - SUBROGATION

---

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

L'Adhérent ou l'ayant droit atteint d'une blessure imputable à un tiers doit en informer l'organisme assureur lors de sa demande de prestation.

### ARTICLE 22 - PRESCRIPTION

---

Conformément au code des assurances :

**Article L114-1 :** Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance. 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 :

- En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'assureur en a eu connaissance ;
- 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'Adhérent 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'Adhérent 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'adhérent décédé. Pour les contrats d'assurance sur la vie, notwithstanding les dispositions du 2°, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès de l'Adhérent.

**Article L114-2 :** La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par l'assureur à l'Adhérent en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'Adhérent à l'assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## **ARTICLE 23 - EXAMENS DES RECLAMATIONS ET PROCEDURE DE MEDIATION**

### **1. RÉCLAMATIONS**

En cas de difficulté dans l'application du contrat, l'assuré doit s'adresser prioritairement à son interlocuteur habituel qui est en mesure de lui fournir toutes informations et explications.

Si un désaccord persiste, l'Adhérent peut adresser une réclamation :

- Par courrier adressé à : Meilleurtaux Sante – Service Réclamations, 12 rue du Bois Guillaume, 91055 EVRY COURCOURONNES Cedex, en - précisant son numéro de contrat,
- Par e-mail adressé à [reclamationsante@meilleurtaux.com](mailto:reclamationsante@meilleurtaux.com) en précisant son numéro de contrat.

Meilleurtaux Santé en accusera réception dans un délai maximum de dix (10) jours ouvrables (sauf si une réponse a pu lui être apportée au cours de ce délai) et répondra dans un délai maximum de deux (2) mois après formulation de la réclamation.

Dans tous les cas, l'Adhérent est informé qu'il peut transmettre sa réclamation à l'Assureur par courrier à l'adresse suivante : Acheel, Service réclamation, 128 rue la Boétie, 75008 Paris

### **2. MÉDIATION**

Si un litige persiste entre l'adhérent, le distributeur et/ou l'assureur après examen de sa demande ou en l'absence de réponse, l'adhérent peut saisir le Médiateur,

- par voie électronique en complétant le formulaire disponible sur le site internet suivant : <https://www.mediation-assurance.org>
- Par courrier en écrivant à : M. le Médiateur de l'Assurance, TSA 50110, 75441 Paris Cedex 09.

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

## ARTICLE 24 - INFORMATIQUE ET LIBERTES

---

### 1. IDENTIFICATION DU RESPONSABLE DE TRAITEMENT

Cette clause a pour objet d'informer l'Adhérent de manière plus détaillée des traitements de données à caractère personnel le concernant mis en œuvre par les responsables de traitement mentionnés ci-après.

Les données à caractère personnel recueillies dans le cadre de cette adhésion font l'objet d'un traitement dont le responsable de traitement est ACHEEL en tant qu'Assureur à l'exception des opérations suivantes dont le responsable de traitement concernant les moyens techniques et essentiels est **Meilleurtaux Santé**, en tant que Délégués :

- Souscription des contrats Meilleurtaux Santé
- Gestion de la vie du contrat **Meilleurtaux Santé** ;
- Encaissement et recouvrement des primes Meilleurtaux Santé;
- Gestion et règlement des sinistres **CPMS**
- Gestion des réclamations **Meilleurtaux Santé**;
- Archivage des pièces de gestion et documents comptables **Meilleurtaux Santé et CPMS**

### 2. LES FINALITÉS DE CE TRAITEMENT

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

Les co-responsables de traitement s'engagent à ne pas exploiter les données personnelles de l'Adhérent et des bénéficiaires pour d'autres finalités que celles précitées.

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

Par ailleurs, certaines données peuvent émaner d'organismes sociaux de base ou complémentaires, d'organismes professionnels contribuant à la gestion des contrats d'assurance et de toute autorité administrative habilitée.

Les informations collectées seront conservées dans des bases de données sécurisées pour toute la durée nécessaire à l'exécution du contrat d'assurance en référence aux délais de prescriptions légales et sous réserve des obligations légales et réglementaires.

### 3. CLAUSE SPÉCIFIQUE RELATIVE À LA FRAUDE

L'Adhérent est également informé de la mise en œuvre d'un dispositif ayant pour finalité la lutte contre la fraude à l'assurance pouvant, notamment, conduire à l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude, inscription pouvant avoir pour effet un allongement de l'étude du dossier de l'Adhérent, voire la réduction ou le refus du bénéfice d'un droit, d'une prestation, d'un contrat ou service proposés. Dans ce cadre, des données personnelles le concernant (ou concernant les personnes parties ou intéressées au contrat) peuvent être traitées par toutes personnes habilitées intervenant au sein des services des co-responsables de traitement. Ces données peuvent également être destinées au personnel habilité des organismes directement concernés par une fraude (autres organismes d'assurance ou intermédiaires ; organismes sociaux

ou professionnels ; autorités judiciaires, médiateurs, arbitres, auxiliaires de justice, officiers ministériels ; organismes tiers autorisés par une disposition légale et, le cas échéant, les victimes d'actes de fraude ou leurs représentants).

#### 4. LES DESTINATAIRES OU LES CATÉGORIES DE DESTINATAIRES

Les données concernant l'Adhérent pourront être communiquées en tant que de besoin et au regard des finalités mentionnées ci-dessus, aux entités des co-responsables de traitement, ainsi qu'à des partenaires, intermédiaires, réassureurs et assureurs concernés, et organismes professionnels, organismes sociaux des personnes impliquées sous-traitants et prestataires, dans la limite nécessaire des tâches leur incombant ou qui leur sont confiées. Par ailleurs, en vue de satisfaire aux obligations légales et réglementaires les responsables de traitement pourront communiquer des données à caractère personnel à des autorités administratives et judiciaires légalement habilitées.

#### 5. LOCALISATION DE TRAITEMENTS DES DONNÉES PERSONNELLES

Les co-responsables de traitement ont adopté des normes internes en matière de protection des données et de sécurité informatique afin de garantir la protection et la sécurité des données de l'Adhérent.

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

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

Les traitements réalisés aujourd'hui hors de l'Espace Économique Européen concernent des traitements pouvant être liés à l'adhésion ou à la relation client, de supervision d'infrastructures (surveillance des plateformes informatiques, surveillance de l'opérabilité des solutions ou gestion des sauvegardes), principalement opérés par nos partenaires bancaires et les éditeurs de logiciel. Ces traitements opérés depuis des pays tiers font l'objet d'un encadrement juridique (Clauses contractuelles types, Binding Corporate Rules).

Les traitements des co-responsables de traitement afférents aux opérations de gestion sont également susceptibles d'être réalisés hors EEE.

#### 6. LES DURÉES DE CONSERVATION

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

#### 7. L'EXERCICE DES DROITS

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

- D'un droit d'accès : Il dispose du droit de prendre connaissance des données personnelles le concernant dont nous disposons et demander que l'on lui en communique l'intégralité.
- D'un droit de rectification : Il peut demander à corriger ses données personnelles notamment en cas de changement de situation.
- D'un droit de suppression : Il peut nous demander la suppression de ses données personnelles notamment lorsque ces dernières ne sont plus nécessaires ou lorsqu'il retire son consentement au traitement de certaines données sauf s'il existe un autre fondement juridique à ce traitement ;
- Du droit de définir des directives relatives au sort de ses données personnelles en cas de décès.
- D'un droit à la limitation du traitement : Il peut nous demander de limiter le traitement de ses données personnelles
- D'un droit à la portabilité des données : Il peut récupérer dans un format structuré les données qu'il nous a fournies lorsque ces dernières sont nécessaires au contrat ou lorsqu'il a consenti à l'utilisation de ces données.

Ces données peuvent être transmises directement au responsable du traitement de son choix lorsque cela est techniquement possible.

- Droit de retrait : L'Adhérent a le droit de retirer le consentement donné pour un traitement fondé sur cette base. Ce retrait vaut pour l'avenir et ne remet pas en cause la licéité des traitements déjà effectués. Il est susceptible de

rendre l'exécution du contrat impossible sans être pour autant une cause de résiliation reconnue par le droit des assurances.

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

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

- Droit d'opposition : L'Adhérent peut s'opposer au traitement de ses données personnelles notamment concernant la prospection commerciale.

## 8. COORDONNÉES DU DÉLÉGUÉ À LA PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES

L'Adhérent peut exercer ses droits sur simple demande :

- Auprès de **Meilleurtaux Santé** :
  - o Par mail, à l'adresse électronique suivante : **dpo-sante@meilleurtaux.com**
  - o Par courrier à l'adresse postale suivante : **Meilleurtaux Santé – DPO 12 rue du bois Guillaume 91055 Evry Courcouronnes Cedex**
- Auprès de l'Assureur, par mail à l'adresse électronique suivante : **dpo@acheel.com**

## 9. DROIT D'INTRODUIRE UNE RÉCLAMATION

Par ailleurs, l'Adhérent peut introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés, 3 Place de Fontenoy- TSA 80715-75334 PARIS CEDEX 07

## 10. CLAUSE SPÉCIFIQUE RELATIVE AUX OBLIGATIONS RÉGLEMENTAIRES

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

Dans ce cadre, l'Adhérent peut exercer son droit d'accès auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés, 3 Place de Fontenoy – TSA 80715 – 75334 PARIS CEDEX 07

L'Adhérent et les bénéficiaires disposent également du droit de s'inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique (bloctel.gouv.fr).

Cette inscription permet à l'Adhérent de ne pas être sollicité par démarchage téléphonique.

En tout état de cause, l'inscription sur cette liste n'interdit pas à **Meilleurtaux Santé** ou l'Assureur de joindre téléphoniquement l'Adhérent en cas de relations contractuelles préexistantes.

## 11. PROFILAGE ET PRISE DE DÉCISION AUTOMATISÉE

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

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

L'Adhérent dispose du droit d'obtenir une intervention humaine de la part du responsable du traitement, d'exprimer son point de vue et de contester la décision. Il peut exercer ses droits à l'adresse mentionnée pour l'exercice de ces droits.

## 12. PROSPECTION

Dans le cadre d'opérations de prospection et afin de permettre à l'Adhérent de bénéficier d'une couverture d'assurance aussi complète que possible et de bénéficier de produits ou services contribuant à ses besoins de protection en matière d'assurance, certaines données le concernant ou concernant les risques à assurer, peuvent ou pourront entraîner des décisions automatisées ou fondées sur le profilage, consistant notamment à lui adresser certaines offres commerciales.

L'Adhérent dispose d'un droit d'opposition à recevoir des offres commerciales ainsi que du droit de s'opposer au profilage de ses données lié à la prospection qu'il peut exercer à l'adresse ci-dessus.

## ARTICLE 25 - AUTORITE DE CONTRÔLE

---

L'autorité chargée du contrôle des entreprises d'assurances qui accordent les garanties prévues par la présente adhésion est : l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) – 4 place de Budapest 75436 Paris Cedex 09.

## ARTICLE 26 - OPPOSITION AU DEMARCHAGE TELEPHONIQUE

---

Conformément aux dispositions des articles L. 223-1 et L. 223-2 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 à l'adresse suivante : bloctel.gouv.fr.

Cette inscription permet à l'Adhérent de ne pas être sollicité par démarchage téléphonique sur des produits d'assurance auxquels il n'aurait pas souscrit. En tout état de cause l'inscription sur cette liste n'interdit pas de joindre téléphoniquement l'Adhérent dans le cadre de l'exécution d'un contrat en cours et ayant un rapport avec l'objet de son contrat, y compris lorsqu'il s'agit de lui proposer des produits ou des services afférents ou complémentaires à l'objet du contrat en cours ou de nature à améliorer ses performances ou sa qualité.

## ARTICLE 27 - DROIT DE RENONCIATION en cas de contrat vendu à distance

---

L'Adhérent dispose d'un délai de 14 jours pour renoncer à son adhésion aux conditions et selon les modalités décrites ci-après.

On entend par vente à distance le contrat conclu au moyen d'une ou plusieurs techniques de commercialisation à distance (cf. notamment de vente par internet). Conformément à l'article L112- 2-1 du code des assurances, un délai de renonciation de quatorze (14) jours calendaires révolus s'applique en cas de vente à distance.

Ce délai commence à courir soit à compter de la date de signature de son contrat, soit à compter du jour où l'Adhérent a reçu les conditions contractuelles et les informations particulières si cette dernière date est postérieure

La demande de renonciation doit être adressée par courrier à l'adresse suivante : Meilleurtaux Santé – 12 rue du bois Guillaume 91055 Evry Courcouronnes Cedex

Modèle de lettre de renonciation en cas de Vente à Distance

Nom, prénom :

Adresse :

N° du contrat :

Mode de paiement choisi :

Montant de la cotisation déjà acquitté :

Madame, Monsieur,

Conformément aux dispositions de l'article L 112-2-1 II du Code des assurances, j'entends par la présente renoncer au contrat d'assurance cité en références que j'ai souscrit en date du .

Je souhaite donc qu'il soit résilié à compter de la date de réception de la présente lettre. Je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes salutations distinguées.

Fait le à

Signature de l'Adhérent

## ARTICLE 28 - FAUSSE DECLARATION

---

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

**L'assurance est nulle en cas de réticence ou fausse déclaration intentionnelle de la part de l'adhérent de nature à changer l'objet du risque garanti ou à en fausser l'appréciation.** L'organisme assureur doit justifier par tous moyens de l'existence du caractère intentionnel de la fausse déclaration. Les cotisations payées restent acquises.

En cas d'omission ou de déclaration inexacte non intentionnelle, l'organisme assureur peut :

- Si elle est constatée avant tout sinistre : augmenter la cotisation ou résilier le contrat ;
- Si elle est constatée après tout sinistre : réduire le montant de l'indemnité proportionnellement à la cotisation payée par rapport à celle qui aurait été due si l'organisme assureur avait eu en sa possession la déclaration exacte et complète.

## ARTICLE 39 - DECHEANCE

---

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

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

**Il s'expose également à ce titre à des poursuites pénales de la part de l'organisme assureur.**

## ARTICLE 30 - JURIDICTION COMPETENTE

---

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

**COMMENT CONTACTER NOTRE SERVICE ASSISTANCE**

**MUTUAIDE ASSISTANCE**

126, rue de la Piazza – CS 20010 – 93196 Noisy le Grand CEDEX

7 jours sur 7 – 24 heures sur 24

- **par téléphone de France : 01.55.98.88.42**

*(Communication non surtaxée, coût selon opérateur, appel susceptible d'enregistrement)*

- **par téléphone de l'étranger : 33. 1.55.98.88.42 précédé de l'indicatif local d'accès au réseau international**

*(Communication non surtaxée, coût selon opérateur, appel susceptible d'enregistrement)*

- **par télécopie : 01. 45.16.63.92**

- **par e-mail : [quotidien@mutuaide.fr](mailto:quotidien@mutuaide.fr)**

**Pour nous permettre d'intervenir dans les meilleures conditions, pensez à rassembler les informations suivantes qui vous seront demandées lors de votre appel :**

- Le numéro de votre contrat,
  - Votre nom et prénom,
  - L'adresse de votre domicile,
  - Le numéro de téléphone où nous pouvons vous joindre,
  - La nature de votre problème.
- Seul l'appel téléphonique du bénéficiaire au moment de l'événement permet la mise en œuvre des prestations d'assistance. En cas d'incapacité de ce dernier, l'appel téléphonique d'un proche du bénéficiaire au moment de l'événement permet la mise en œuvre des prestations d'assistance.
- **Lors du premier appel, un numéro de dossier d'assistance vous sera communiqué. Le rappeler systématiquement, lors de toutes relations ultérieures avec notre Service Assistance.**
- **Dans tous les cas, le nombre d'heures et la durée d'application des garanties sont déterminés par notre service médical. La mise en œuvre des services d'assistance est étudiée au cas par cas. Le nombre d'heures pourra être inférieur au plafond indiqué.**



<b>TABLEAU DE GARANTIES</b>	
<b>INFORMATIONS ET CONSEILS</b>	<b>PLAFOND</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Information Conseil vie quotidienne</b></li> <li>- <b>Analyse de devis dentaire et/ou optique</b></li> <li>- <b>Soutien psychologique</b></li> </ul>	<p>Informations</p> <p>Informations</p> <p>3 entretiens téléphoniques</p>
<b>GARANTIES D'ASSISTANCE A DOMICILE</b>	<b>PLAFOND</b>
<p><b>EN CAS D'HOSPITALISATION DE PLUS DE 2 JOURS OU D'IMMOBILISATION DE PLUS DE 5 JOURS AU DOMICILE</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Aide-ménagère (a)</b></li> <li>- <b>Livraison de médicaments (b)</b></li> <li>- <b>Garde d'enfants (c)</b></li> <li>- <b>Visite d'un proche (d)</b></li> <li>- <b>Recherche et envoi d'un intervenant médical ou paramédical (e)</b></li> <li>- <b>Garde des animaux domestiques (f)</b></li> <li>- <b>Mise à disposition d'un véhicule médical (g)</b></li> </ul>	<p>(a) 2 heures minimum / Maximum 20 heures réparties pendant l'immobilisation ou durant le mois qui suit l'hospitalisation</p> <p>(b) Frais de livraison</p> <p>(c) 20 heures réparties sur 3 jours</p> <p>(d) Titre de transport A/R en train 1<sup>ère</sup> classe + Frais d'hôtel 60 € par nuit / Maximum 6 nuits.</p> <p>(e) Aide et recherche</p> <p>(f) 200 € par an</p> <p>(g) Aide et recherche</p>
<b>GARANTIES D'ASSISTANCE AUX PERSONNES</b>	<b>PLAFOND</b>
<p><b>1 / EN CAS DE MALADIE OU ACCIDENT COPOREL</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Rapatriement médical (A)</b></li> <li>- <b>Visite d'un proche (A)</b></li> <li>- <b>Rapatriement des personnes</b></li> </ul>	<p>Frais réels</p> <p>(A) Titre de transport Aller/Retour en train 1<sup>ère</sup> classe ou avion classe économique + Frais d'hôtel 60 € par nuit / Max 6 nuits</p> <p>(B) Titre de transport en train 1<sup>ère</sup> classe ou</p>

<p><b>accompagnantes (B)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Frais médicaux à l'Étranger (C)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Soins dentaires</li> </ul> </li> <li>- <b>Retour anticipé (D)</b></li> </ul> <p><b>2 / EN CAS DE DECES A L'ETRANGER</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Rapatriement de corps</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Frais de cercueil</li> </ul> </li> <li>- <b>Formalités décès</b></li> </ul>	<p>avion classe économique</p> <p>(C) 8 000 € par personne et par an 100 €</p> <p>(D) Titre de transport Aller / Retour en train 1<sup>ère</sup> classe ou avion classe économique Ou Titre de transport Retour en train 1<sup>ère</sup> classe ou avion classe économique pour le Bénéficiaire et 1 personne accompagnante assurée</p> <p>Frais réels 500 €</p> <p>Titre de transport Aller / Retour en train 1<sup>ère</sup> classe ou avion classe économique</p>
--	--

## ARTICLE 1 – DEFINITIONS ET CHAMP D'APPLICATION

### Nous, l'Assureur

**MUTUAIDE ASSISTANCE** – 126, rue de la Piazza – CS 20010 – 93196 Noisy le Grand CEDEX – S.A. au capital de 12.558.240 € entièrement versé – Entreprise régie par le Code des Assurances RCS 383 974 086 Bobigny, représentée par Monsieur Olivier REMONDINI en sa qualité de Secrétaire Général – TVA FR 31 3 974 086 000 19.

### Accident corporel

Toute atteinte corporelle soudaine, non intentionnelle, provenant d'un événement imprévisible, constituant la cause du dommage et constatée par une autorité médicale compétente. L'intoxication alimentaire est assimilée à un accident.

### Animal domestique :

Tout animal vivant habituellement au domicile du bénéficiaire, à conditions toutefois qu'ils aient subi les vaccinations dans les délais prescrits par la législation en vigueur en France, le carnet de vaccinations faisant foi, sous réserve des dispositions de la loi n° 99-5 du 06 janvier 1999 relative aux animaux dangereux et errants et à la protection des animaux. **Les animaux domestiques dressés à l'attaque sont exclus.**

### Adhérent :

Désigne toute personne physique ayant souscrit un contrat d'assurance santé souscrit auprès de **SWISSLIFE**.

### Bénéficiaires :

Est considéré comme Bénéficiaire l'Adhérent au contrat d'assurance santé souscrit auprès

de **SWISSLIFE**, ainsi que les personnes suivantes :

- son conjoint, son pacsé ou concubin notoire, vivant sous le même toit,
- leur(s) enfant(s) célibataire(s) âgé(s) de moins de 25 ans à charge au sens fiscal, et vivant sous le même toit, les enfants handicapés âgés de plus de 25 ans,
- les enfants adoptés, répondant aux conditions susvisées, à compter de la date de transcription du jugement d'adoption sur les registres de l'état civil français, au cours des 12 mois de validité du contrat et cela jusqu'à la prochaine échéance du contrat en cours,
- le cas échéant : leur(s) enfant(s) qui viendrait(en)t à naître au cours des 12 mois de validité du contrat et cela jusqu'à la prochaine échéance du contrat en cours.

Dans la présente notice d'information, les Bénéficiaires sont désignés par le terme « Vous ».

**Certificat médical descriptif :**

Document justifiant et prouvant l'hospitalisation ou l'immobilisation d'un bénéficiaire au domicile. Il est complété à la fois par le médecin qui atteste de l'incapacité et par le bénéficiaire qui complète la partie administrative.

**Domicile :**

Lieu de résidence principal et habituel du bénéficiaire figurant comme domicile sur la déclaration d'impôts sur le revenu. Il est situé obligatoirement en France Métropolitaine.

**Exécution des prestations**

Les prestations garanties par la présente convention ne peuvent être déclenchées qu'avec l'accord préalable de **MUTUAIDE ASSISTANCE**. En conséquence, aucune dépense effectuée d'autorité par les Bénéficiaires ne pourra être remboursée par **MUTUAIDE ASSISTANCE**.

**France métropolitaine :**

Par France, il faut entendre la France métropolitaine et Principauté de Monaco.

**Étranger**

Par « Étranger », on entend les pays du monde entier, à l'exception de la France.

**Hospitalisation :**

Tout séjour d'au moins une nuit dans un établissement de soins public ou privé, dès lors que ce séjour a pour objet la mise en observation, le traitement médical ou chirurgical d'une maladie ou de lésions résultant d'un accident corporel.

**Immobilisation du bénéficiaire au domicile :**

Incapacité (totale ou partielle) physique à se déplacer constatée par un médecin, faisant suite à une Maladie ou à un Accident, et nécessitant le repos au Domicile. Elle devra être justifiée par un certificat médical ou selon le Bénéficiaire concerné, par un arrêt de travail circonstancié.

**Maladie :**

Toute altération soudaine et imprévisible de votre santé constatée par une autorité

médicale compétente.

**Médecin traitant :**

Médecin généraliste ou spécialiste déclaré par le bénéficiaire auprès du régime de base. Il réalise les soins de premier niveau et assure une prévention personnalisée. Il coordonne les soins et oriente, si besoin, le patient vers d'autres professionnels de santé. Il tient à jour le dossier médical du patient.

**Nous organisons :**

Nous accomplissons les démarches nécessaires pour délivrer la prestation.

**Nous prenons en charge :**

Nous supportons le coût de la prestation.

**Nullité**

Toutes fraudes, falsifications ou fausses déclarations et faux témoignages susceptibles de mettre en œuvre les garanties prévues à la convention, entraînent la nullité de nos engagements et la déchéance des droits prévus à ladite convention.

**Proche du bénéficiaire :**

Toute personne physique désignée par le bénéficiaire et domiciliée en France métropolitaine.

**Territorialité :**

- Pour les garanties d'information et conseils et les garanties d'assistance santé : la France
- Pour les garanties d'assistance aux personnes en déplacement : la France et le monde entier, à plus de 50 km du domicile du Bénéficiaire.

## **ARTICLE 2 – INFORMATIONS ET CONSEILS**

Les services de renseignements téléphoniques et de mise en relation avec des prestataires visent à apporter un soutien et une solution concrète aux problèmes et événements de vie quotidienne auxquels chacun se trouve confronté dans les domaines suivants, considérés comme particulièrement sensibles.

Le service est disponible et mobilisable 24H/24 et 7J/7. Les prestations de renseignement et d'information sont exclusivement fournies du lundi au samedi entre 8H00 et 19H00 et dans des délais normalement nécessaires à la satisfaction de la demande.

Cependant, quels que soient le jour et l'heure de l'appel, nous accueillons et notons votre demande.

Les informations communiquées sont des renseignements à caractère documentaire visés par l'article 66.1 de la loi modifiée du 31 décembre 1971. Elles ne constituent pas des consultations juridiques ni médicales.

### **INFORMATIONS CONSEIL VIE QUOTIDIENNE**

Nous recherchons les informations pratiques à caractère documentaire, notamment dans les domaines suivants :

### **INFORMATIONS SANTE**

- numéros de téléphone d'urgence,
- vaccinations, hygiène, prévention, diététique,
- associations spécialisées,
- centres de cure, de thalassothérapie,
- centres hospitaliers, centres de soins, de convalescence,
- pathologie et traitement, évolution de la maladie, risque de contagion,
- établissements spécialisés,
- précautions à prendre en cas de voyage selon les pays visités...

### **INFORMATIONS DROIT, ADMINISTRATION**

- les droits du consommateur, la succession,
- les régimes matrimoniaux, les affaires familiales, les relations avec les administrations,
- les droits des conjoints divorcés,
- la fiscalité,
- le droit au logement,
- les comptes bancaires, les assurances,
- les démarches traditionnelles, papiers officiels, visas...,
- les organismes sociaux,
- les rentes, pensions d'invalidité, indemnités journalières, remboursement de frais

médicaux,

- l'aide aux handicapés,
- les aides sociales, les allocations veuvage,
- la formation, l'apprentissage, l'enseignement .....

Nous nous engageons à apporter toute diligence afin de répondre à toute demande qui entre dans le cadre défini dans le présent contrat et dans les limites qu'il détermine.

Les renseignements seront communiqués par téléphone, aucune confirmation écrite ne pourra être adressée. Selon les cas, nous pourrions orienter le bénéficiaire vers les organismes professionnels susceptibles de lui répondre.

**Nous ne pouvons cependant pas intervenir dans la poursuite des actions ou des démarches entreprises par le bénéficiaire à partir des renseignements ou informations que nous lui aurons communiqués.**

**Le service ne donne pas de consultation par téléphone et ne se substitue jamais aux professionnels de santé.**

**Sont exclues toute prise en charge de frais, rémunération de services ou de prestations, de même que toute avance de fonds.**

### **ANALYSE DE DEVIS DENTAIRE ET/OU OPTIQUE**

Si vous avez besoin d'un devis dentaire et/ou optique, nous vous donnons un avis et une indication, par téléphone, sur le prix proposé, en prenant en compte de la ville d'exercice du praticien et la description de la prestation proposée.

Dans tous les cas, pour bien étudier votre devis, il nous faudra :

- Pour le devis dentaire : la description précise du montage prothétique (nombre et numéro de dents concernées, types d'actes effectués, matériaux utilisés, compléments utilisés : inlay, onlay...), la cotation conforme à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels, et le prix de la prothèse.
- Pour le devis optique : la description précise du défaut visuel et de la correction proposée.

Le choix des praticiens que nous avons pu identifier est laissé à votre libre initiative.

**Dans tous les cas, le coût des prestations restent à votre charge.**

### **SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE**

En cas de nécessité (décès du Bénéficiaire, hospitalisation...) nous pouvons vous mettre en relation téléphonique avec un psychologue clinicien, dans la limite indiquée au Tableau de Garanties. Ces entretiens sont entièrement confidentiels.

Les psychologues interviennent dans le strict respect du code de déontologie applicable à la profession de psychologue, et ne s'autoriseront en aucun cas à débiter une psychothérapie par téléphone.

### **ARTICLE 3 – DESCRIPTION DES GARANTIES D'ASSISTANCE AU DOMICILE**

#### **1 / EN CAS D'HOSPITALISATION DE PLUS DE 2 JOURS OU D'IMMOBILISATION DE PLUS DE 5 JOURS AU DOMICILE**

En cas d'hospitalisation de plus de 2 jours ou d'immobilisation de plus de 5 jours au domicile, nous intervenons dans les conditions décrites ci-après :

##### **AIDE MENAGERE**

Pour faciliter le retour à la normale de la vie de votre foyer, nous vous faisons bénéficier des services d'une aide-ménagère à domicile :

- Soit dès le premier jour de votre hospitalisation, en aidant votre famille à faire face aux obligations domestiques qui vous incombent habituellement,
- Soit dès votre sortie de l'établissement de soins, en vous soulageant des tâches ménagères que votre convalescence ne vous permet d'assumer.

Cette garantie s'exerce à hauteur du plafond indiqué au Tableau de Garanties. Le nombre d'heures et la durée d'application sont, dans tous les cas, déterminés par notre service médical.

##### **LIVRAISON DE MEDICAMENTS :**

En cas d'immobilisation de plus de 2 jours, vous n'êtes pas en mesure de vous déplacer hors de votre domicile et personne dans votre entourage proche n'est en mesure de récupérer pour vous des médicaments qui ont fait l'objet d'une prescription médicale depuis moins de 24 heures.

Nous organisons, dans la limite des contraintes locales, la livraison des médicaments.

**Le coût des médicaments restent à votre charge.** Si besoin, nous pouvons faire l'avance de ces frais, contre remboursement à la livraison des médicaments.

Nous ne sommes pas tenus à l'exécution de ces obligations dans le cas où dans un rayon maximum de 50 km autour de votre domicile, le ou les médicaments concernés ne seraient pas disponibles.

##### **GARDE D'ENFANTS**

A votre demande ou à celle de votre conjoint de droit ou de fait s'il détient l'autorité parentale, nous organisons et prenons en charge, dans la limite des contraintes et disponibilités locales, l'une des prestations suivantes :

- **soit le transfert et la garde des enfants chez une assistante maternelle**, dans la limite

indiquée au Tableau de Garanties.

- **soit la garde au domicile des enfants par une assistante maternelle**, entre 8 heures et 19 heures, à concurrence du plafond indiqué au Tableau de Garanties. L'assistante maternelle se chargera, le cas échéant, de la conduite des enfants à l'école.

### **VISITE D'UN PROCHE**

En cas d'hospitalisation de plus de 10 jours ou dès le premier jour d'hospitalisation si le bénéficiaire hospitalisé est un enfant mineur et que ses parents ne sont pas sur place, pour permettre à un de vos proches de se rendre à votre chevet, nous organisons et prenons en charge, dès le premier jour:

- **ses frais de transport aller/retour**, par les moyens les plus appropriés et en fonction des disponibilités locales,
- **ses frais d'hébergement à hôtel ou les frais de mise à disposition d'un lit d'accompagnant** dans l'établissement hospitalier (y compris le petit-déjeuner), dans la limite indiquée au Tableau de Garanties.

**Les frais de restauration et autres frais restent à la charge de cette personne.**

### **RECHERCHE ET ENVOI D'UN INTERVENANT MEDICAL OU PARAMEDICAL**

En cas d'absence de votre médecin traitant, nous pouvons vous aider pour la recherche d'intervenants (médecin, infirmier ou autre professionnel médical ou paramédical) en vous fournissant des adresses et numéros de téléphones.

Si besoin, nous pouvons, à votre demande, envoyer un de ces intervenants à votre domicile. En aucun cas, nous ne pourrions être tenus responsables si aucun intervenant n'est disponible ou refuse de se déplacer en raison d'un éloignement trop important. De même, nous ne pourrions nous porter garants de la qualité des soins apportés et notre responsabilité ne saurait être engagée à ce titre.

**Les frais de déplacement, soins, honoraires et autres restent dans tous les cas à votre charge.**

### **GARDE DES ANIMAUX DOMESTIQUES**

Pour assurer la garde de vos animaux domestiques, sous réserve qu'ils aient reçu les vaccinations obligatoires, nous prenons en charge **leur garde à domicile ou dans un établissement spécialisé**, dans la limite du plafond indiqué au Tableau de Garanties.

**Les animaux dressés à l'attaque ne sont pas pris en charge.**

**Les frais de nourriture ainsi que les frais de retour des animaux domestiques vers le domicile restent à votre charge.**

### **MISE A DISPOSITION D'UN VEHICULE MEDICAL**

Hors urgence et sur prescription médicale, nous organisons votre transport par véhicule



médical depuis votre domicile vers le centre hospitalier approprié de votre choix proche de votre domicile, ou vers l'établissement indiqué sur la prescription médicale.

A l'issue de l'hospitalisation, nous pouvons également organiser votre transport retour de l'hôpital à votre domicile.

**Les frais de transport aller et retour restent à votre charge.**

**En aucun cas, nous pouvons nous substituer aux secours locaux d'urgence tels que SAMU, SMUR, pompiers...**

#### **ARTICLE 4 – LES EXCLUSIONS DE L'ASSISTANCE SANTE**

**Ne donnent pas lieu à notre intervention :**

- **Les maladies psychiatriques (dépressions, psychoses, névroses, troubles psychologiques divers), ainsi que les maladies ou déficiences mentales,**
- **Les traitements ou interventions chirurgicales à but esthétique qui ne seraient pas la conséquence d'un accident garanti par le contrat, ou dans un but de rajeunissement,**
- **Une aggravation due à un traitement tardif liée à une négligence de l'assuré ou à l'inobservation intentionnelle par celui-ci des prescriptions du médecin,**
- **L'usage de médicaments ou de toute substance hors prescription médicale, et ses conséquences,**
- **L'abus d'alcool et ses conséquences,**
- **Les convalescences et les affections en cours de traitement non encore consolidées,**
- **Les suites, séquelles, complications ou aggravations d'une maladie ou d'un accident déjà constaté et ayant entraîné une hospitalisation dans les 6 mois précédent la demande d'assistance,**
- **Les maladies chroniques et infirmités préexistantes,**
- **Les états de grossesse sauf complication nette et imprévisible, les accouchements, l'interruption volontaire de grossesse et ses conséquences,**
- **Toute mutilation volontaire du bénéficiaire,**
- **Votre participation à des exercices effectués sous le contrôle de l'autorité militaire.**
- **Le suicide ou la tentative de suicide et ses conséquences,**

**Sont également exclus, les séjours,**

- **De cure ou postcure de toute nature (désintoxication, psychanalyse, psychothérapie, rajeunissement, diététique, esthétique...) autres que les cures thermales médicalement prescrites,**
- **En maison de repos ou de convalescence, de retraite, services de gériatrie ou hospices et, d'une façon générale, dans tous les établissements dit de « long séjour » transitoire ou permanent au sens de la Sécurité Sociale,**
- **De rééducation et de réadaptation professionnelle,**
- **En établissement à caractère sanitaire ou social,**
- **En établissement et services sociaux d'accueil, d'hébergement et d'assistance, de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies ou contre les maladies mentales caractérisées autres que les centres hospitaliers ou psychiatrie et les maisons de santé pour maladies mentales,**
- **En milieu hospitalier dus à un état morbide consolidé et non améliorables telle la démence sénile, la paraplégie traumatique et la tuberculose stabilisée**

- **Les séjours pour traitement contre l'infertilité, pour le changement de sexe.**

## **ARTICLE 5 – DESCRIPTION DES GARANTIES D'ASSISTANCE AUX PERSONNES**

### **1 / EN CAS DE MALADIE OU ACCIDENT CORPOREL**

Vous êtes malade ou accidenté lors d'un déplacement à plus de 50 kilomètres de votre domicile, en France métropolitaine ou à l'Étranger, nous intervenons dans les conditions suivantes :

#### **RAPATRIEMENT OU TRANSPORT SANITAIRE :**

Nous organisons et prenons en charge votre rapatriement au domicile ou dans un établissement hospitalier proche de chez vous.

Seules les exigences d'ordre médical sont prises en considération pour arrêter la date du rapatriement, le choix du moyen de transport ou du lieu d'hospitalisation.

La décision de rapatriement est prise par notre médecin conseil, après avis du médecin traitant occasionnel et éventuellement du médecin de famille.

Lors de votre rapatriement, et sur prescription de notre médecin conseil, nous organisons et prenons en charge le transport d'un accompagnant à vos côtés.

**Tout refus de la solution proposée par notre équipe médicale entraîne l'annulation de la garantie d'assistance aux personnes.**

#### **VISITE D'UN PROCHE**

Vous êtes hospitalisé sur place sur décision de notre équipe médicale, avant votre rapatriement médical, pour une durée supérieure à 10 jours. Nous organisons et prenons en charge le transport aller/retour en train 1<sup>ère</sup> classe ou en avion de ligne classe économique, d'un membre de votre famille résidant dans le même pays que vous, ainsi que ses frais de séjour (chambre, petit-déjeuner) pour qu'il vienne à votre chevet.

Notre prise en charge pour son hébergement se fait à concurrence du montant indiqué au Tableau des Garanties.

**Les frais de restauration ou autres dépenses restent dans tous les cas à la charge de cette personne.**

**Cette garantie n'est pas cumulable avec la garantie « Rapatriement de personnes accompagnantes ».**

#### **RAPATRIEMENT DES PERSONNES ACCOMPAGNANTES**

Vous êtes rapatrié médicalement, ou vous décédez lors d'un déplacement garanti.

Nous organisons et prenons en charge, s'ils ne peuvent rentrer par les moyens initialement prévus, le transport au domicile des membres de votre famille bénéficiaires vous accompagnant lors de la survenance de l'événement, en train 1<sup>ère</sup> classe ou en avion de ligne classe économique.

## **FRAIS MEDICAUX A L'ETRANGER**

Lorsque des frais médicaux ont été engagés avec notre accord préalable, nous vous remboursons la partie de ces frais qui n'aura pas été prise en charge par les éventuels organismes d'assurance auxquels vous êtes affiliés.

Nous n'intervenons qu'une fois les remboursements effectués par les organismes d'assurance susvisés, et sous réserve de la communication des justificatifs originaux de remboursement émanant de votre organisme d'assurance.

Ce remboursement couvre les frais définis ci-dessous, à condition qu'ils concernent des soins reçus par vous hors de votre pays de domicile à la suite d'une maladie ou d'un accident survenu hors de votre pays de domicile.

Dans ce cas, nous remboursons le montant des frais engagés jusqu'au montant maximum indiqué au Tableau des Garanties.

Dans l'hypothèse où l'organisme d'assurance auquel vous cotisez ne prendrait pas en charge les frais médicaux engagés, nous rembourserons les frais engagés dans la limite du montant indiqué au Tableau des Garanties, sous réserve de la communication par vous des factures originales de frais médicaux et de l'attestation de non prise en charge émanant de l'organisme d'assurance.

**Cette prestation cesse à dater du jour où nous sommes en mesure d'effectuer votre rapatriement.**

Nature des frais ouvrant droit à remboursement (sous réserve d'accord préalable) :

- honoraires médicaux,
- frais de médicaments prescrits par un médecin ou un chirurgien,
- frais d'ambulance prescrite par un médecin pour un transport vers l'hôpital le plus proche et ceci seulement en cas de refus de prise en charge par les organismes d'assurance,
- frais d'hospitalisation à condition que vous soyez jugé intransportable par décision des médecins de l'Assistance, prise après recueil des informations auprès du médecin local (les frais d'hospitalisation engagés à compter du jour où nous sommes en mesure d'effectuer votre rapatriement ne sont pas pris en charge),
- frais dentaires d'urgence (plafonnés au montant indiqué au Tableau des Garanties, sans application de franchise).

## **EXTENSION DE LA PRESTATION : AVANCE DE FRAIS D'HOSPITALISATION (HORS DU PAYS DE RESIDENCE)**

Nous pouvons, dans la limite des montants de prise en charge prévus ci-dessus, procéder à l'avance des frais d'hospitalisation que vous devez engager hors de votre pays de domicile, aux conditions cumulatives suivantes :

- les médecins de **MUTUAIDE ASSISTANCE** doivent juger, après recueil des informations auprès du médecin local, qu'il est impossible de vous rapatrier dans l'immédiat dans votre pays de domicile.
- les soins auxquels s'applique l'avance doivent être prescrits en accord avec les

médecins de **MUTUAIDE ASSISTANCE**.

- vous ou toute personne autorisée par vous doit s'engager formellement par la signature d'un document spécifique, fourni par **MUTUAIDE ASSISTANCE** lors de la mise en œuvre de la présente prestation :
  - à engager les démarches de prise en charge des frais auprès des organismes d'assurance dans le délai de 15 jours à compter de la date d'envoi des éléments nécessaires à ces démarches par **MUTUAIDE ASSISTANCE**,
  - à effectuer à **MUTUAIDE ASSISTANCE** les remboursements des sommes perçues à ce titre de la part des organismes d'assurance dans la semaine qui suit la réception de ces sommes.

Resteront uniquement à notre charge, et dans la limite du montant de prise en charge prévu pour la prestation "frais médicaux", les frais non pris en charge par les organismes d'assurance. Vous devrez nous fournir l'attestation de non prise en charge émanant de ces organismes d'assurance, dans la semaine qui suit sa réception.

Afin de préserver nos droits ultérieurs, nous nous réservons le droit de vous demander à vous ou à vos ayants droits une lettre d'engagement vous engageant à effectuer les démarches auprès des organismes sociaux et nous rembourser les sommes perçues.

A défaut d'avoir effectué les démarches de prise en charge auprès des organismes d'assurance dans les délais, ou à défaut de présentation à MUTUAIDE ASSISTANCE dans les délais de l'attestation de non prise en charge émanant de ces organismes d'assurance, vous ne pourrez en aucun cas vous prévaloir de la prestation « frais médicaux » et devrez rembourser l'intégralité des frais d'hospitalisation avancés par MUTUAIDE ASSISTANCE, qui engagera, le cas échéant, toute procédure de recouvrement utile, dont le coût sera supporté par vous.

### **RETOUR ANTICIPE**

Pendant votre déplacement, vous apprenez le décès d'un Membre de votre famille dans votre pays de domicile.

Afin que Vous puissiez assister aux obsèques, nous organisons et prenons en charge :

- soit votre voyage aller-retour,
- soit votre voyage aller simple et celui d'une personne assurée de votre choix se déplaçant avec Vous, par train 1ère classe ou avion classe économique jusqu'en France ainsi que, le cas échéant, les frais de taxi, au départ, pour se rendre du lieu de séjour à la gare ou à l'aéroport, et à l'arrivée, de la gare/ aéroport au domicile.

## **2 / EN CAS DE DECES A L'ETRANGER**

Si un membre de votre famille bénéficiaire vient à disparaître à l'étranger, nous intervenons dans les conditions suivantes :

### **RAPATRIEMENT DE CORPS**

Vous décédez lors d'un déplacement garanti. Nous organisons le rapatriement de votre corps jusqu'au lieu des obsèques dans votre pays de résidence.

Dans ce cadre, nous prenons en charge :

- ✓ Les frais de transport du corps,

- ✓ Les frais liés aux soins de conservation imposés par la législation applicable,
- ✓ Les frais directement nécessités par le transport du corps (manutention, aménagements spécifiques au transport, conditionnement) à concurrence du montant indiqué au Tableau des Garanties.

### **FORMALITES DECES**

Si la présence sur place d'un membre de la famille ou d'un proche du défunt s'avère indispensable pour effectuer la reconnaissance du corps et les formalités de rapatriement ou d'incinération, nous organisons et prenons en charge un titre de transport aller/retour en train 1<sup>ère</sup> classe ou en avion de ligne classe économique, ainsi que des frais de séjour (chambre et petit-déjeuner) engagés pour le compte de cette personne à concurrence du montant indiqué au Tableau des Garanties.

**Tous les autres frais restent à la charge de la famille du défunt.**

<b>ARTICLE 6 – LES EXCLUSIONS DE L'ASSISTANCE AUX PERSONNES</b>
---

**Ne donnent pas lieu à notre intervention :**

- ◆ **Les voyages entrepris dans un but de diagnostic et/ou de traitement,**
- ◆ **Les frais médicaux et d'hospitalisation dans le pays de domicile,**
- ◆ **L'ivresse, le suicide ou la tentative de suicide et leurs conséquences,**
- ◆ **Toute mutilation volontaire du Bénéficiaire,**
- ◆ **Les affections ou lésions bénignes qui peuvent être traitées sur place et/ou qui n'empêchent pas le Bénéficiaire de poursuivre son voyage,**
- ◆ **Les états de grossesse, à moins d'une complication imprévisible, et dans tous les cas, les états de grossesse au-delà de la 36<sup>ème</sup> semaine, l'interruption volontaire de grossesse, les suites de l'accouchement,**
- ◆ **Les convalescences et les affections en cours de traitement, non encore consolidées et comportant un risque d'aggravation brutale,**
- ◆ **Les maladies antérieurement constituées ayant fait l'objet d'une hospitalisation dans les 6 mois précédant la date de départ en voyage,**
- ◆ **Les événements liés à un traitement médical ou à une intervention chirurgicale qui ne présenteraient pas un caractère imprévu, fortuit ou accidentel,**
- ◆ **Les frais de prothèse : optique, dentaire, acoustique, fonctionnelle, etc.**
- ◆ **Les conséquences des situations à risques infectieux en contexte épidémique qui font l'objet d'une mise en quarantaine ou de mesures préventives ou de surveillances spécifiques de la part des autorités sanitaires internationales et/ou sanitaires locales du pays où vous séjournez et/ou nationale de votre pays d'origine.**
- ◆ **Les frais de cure thermale, traitement esthétique, vaccination et les frais y découlant,**
- ◆ **Les séjours en maison de repos et les frais y découlant,**
- ◆ **Les rééducations, kinésithérapies, chiropraxies et les frais y découlant,**
- ◆ **Les hospitalisations prévues.**

<b>ARTICLE 7 – LES EXCLUSIONS GENERALES</b>
---

**Ne donnent pas lieu à notre intervention :**

- ♦ Les prestations qui n'ont pas été demandées en cours de voyage ou qui n'ont pas été organisées par nos soins, ou en accord avec nous, ne donnent pas droit, a posteriori, à un remboursement ou à une indemnisation,
- ♦ Les frais de restauration, hôtel, sauf ceux précisés dans le texte des garanties,
- ♦ Les dommages provoqués intentionnellement par le Bénéficiaire et ceux résultant de sa participation à un crime, à un délit ou à une rixe, sauf en cas de légitime défense,
- ♦ Le montant des condamnations et leurs conséquences,
- ♦ L'usage de stupéfiants ou drogues non prescrits médicalement,
- ♦ L'état d'imprégnation alcoolique,
- ♦ Les frais de douane,
- ♦ La participation en tant que concurrent à un sport de compétition ou à un rallye donnant droit à un classement national ou international qui est organisé par une fédération sportive pour laquelle une licence est délivrée ainsi que l'entraînement en vue de ces compétitions,
- ♦ La pratique, à titre professionnel, de tout sport,
- ♦ La participation à des compétitions ou à des épreuves d'endurance ou de vitesse et à leurs essais préparatoires, à bord de tout engin de locomotion terrestre, nautique ou aérien,
- ♦ Les conséquences du non-respect des règles de sécurité reconnues liées à la pratique de toute activité sportive de loisirs,
- ♦ Les frais engagés après le retour du voyage ou l'expiration de la garantie,
- ♦ Les accidents résultants de votre participation, même à titre d'amateur aux sports suivants : sports mécaniques (quel que soit le véhicule à moteur utilisé), sports aériens, alpinisme de haute montagne, bobsleigh, chasse aux animaux dangereux, hockey sur glace, skeleton, sports de combat, spéléologie, sports de neige comportant un classement international, national ou régional,
- ♦ L'inobservation volontaire de la réglementation du pays visité ou de la pratique d'activités non autorisées par les autorités locales,
- ♦ Les interdictions officielles, de saisies ou de contraintes par la force publique,
- ♦ L'utilisation par le Bénéficiaire d'appareils de navigation aérienne,
- ♦ L'utilisation d'engins de guerre, explosifs et armes à feu,
- ♦ Les dommages résultant d'une faute intentionnelle ou dolosive du Bénéficiaire conformément à l'article L.113-1 du Code des Assurances,
- ♦ Le suicide et la tentative de suicide,
- ♦ Les épidémies, pollutions, catastrophes naturelles,
- ♦ La guerre civile ou étrangère, émeutes, grèves, mouvements populaires, actes de terrorisme, prise d'otage,
- ♦ La désintégration du noyau atomique ou toute irradiation provenant d'une source d'énergie présentant un caractère de radioactivité.

**La responsabilité de MUTUAIDE ASSISTANCE ne peut en aucun cas être engagée pour des manquements ou contretemps à l'exécution de ses obligations qui résulteraient de cas de force majeure, ou d'événements tels que la guerre civile ou étrangère, les émeutes ou mouvements populaires, le lock-out, les grèves, les attentats, les actes de terrorisme, les**

**pirateries, les tempêtes et ouragans, les tremblements de terre, les cyclones, les éruptions volcaniques ou autres cataclysmes, la désintégration du noyau atomique, l'explosion d'engins et les effets nucléaires radioactifs, les épidémies, les effets de la pollution et catastrophes naturelles, les effets de radiation ou tout autre cas fortuit ou de force majeure, ainsi que leurs conséquences.**

## **ARTICLE 8 – REGLES DE FONCTIONNEMENT DES PRESTATIONS D'ASSISTANCE**

Seul l'appel téléphonique du Bénéficiaire au moment de l'événement permet la mise en œuvre des prestations d'assistance.

Dès réception de l'appel, **MUTUAIDE ASSISTANCE**, après avoir vérifié les droits du demandeur, organise et prend en charge les prestations prévues dans la présente convention.

Pour bénéficier d'une prestation, **MUTUAIDE ASSISTANCE** peut demander au Bénéficiaire de justifier de la qualité qu'il invoque et de produire, à ses frais, les pièces et documents prouvant ce droit.

Le Bénéficiaire doit permettre à nos médecins l'accès à toute information médicale concernant la personne pour laquelle nous intervenons. Cette information sera traitée dans le respect du secret médical.

**MUTUAIDE ASSISTANCE ne peut en aucun cas se substituer aux organismes locaux de secours d'urgence et intervient dans la limite des accords donnés par les autorités locales, ni prendre en charge les frais ainsi engagés, à l'exception des frais de transport en ambulance ou en taxi jusqu'au lieu le plus proche où pourront être prodigués les soins appropriés, en cas d'affection bénigne ou de blessures légères ne nécessitant ni un rapatriement ni un transport médicalisé.**

Les interventions que **MUTUAIDE ASSISTANCE** est amenée à réaliser se font dans le respect intégral des lois et règlements nationaux et internationaux. Elles sont donc liées à l'obtention des autorisations nécessaires par les autorités compétentes.

Lorsque **MUTUAIDE ASSISTANCE** a pris en charge le transport d'un Bénéficiaire, ce dernier doit lui restituer son billet de retour initialement prévu et non utilisé.

**MUTUAIDE ASSISTANCE** décide de la nature de la billetterie aérienne mise à la disposition du Bénéficiaire en fonction des possibilités offertes par les transporteurs aériens et de la durée du trajet.

## **ARTICLE 9 – CONDITIONS DE REMBOURSEMENT**

Les remboursements au Bénéficiaire ne peuvent être effectués par nos soins que sur présentation des factures originales acquittées correspondant à des frais engagés avec notre accord.

Les demandes de remboursement doivent être adressées à :

**MUTUAIDE ASSISTANCE**  
**Service Gestion des Sinistres**  
**126, rue de la Piazza - CS 20010**  
**93196 Noisy le Grand CEDEX**

#### **ARTICLE 10 – PRISE D’EFFET – DUREE ET RENOUVELLEMENT DES GARANTIES**

Les garanties prennent effet à compter de la date de la prise d’effet de votre contrat d’assurance Meilleurtaux Santé pour la même durée que celui-ci.

Les garanties se renouvellent dans les mêmes conditions que votre contrat d’assurance.

#### **ARTICLE 11 – RESILIATION – CESSATION DES GARANTIES**

Les garanties d’assistance prévues au Tableau des Garanties cessent de plein droit :

- En cas de résiliation de votre contrat d’assurance **Meilleurtaux Santé**, quelle qu’en soit la cause,
- En cas de retrait total de l’agrément de l’Assureur conformément et dans les conditions définies à article L 326-12 du Code des assurances,
- En cas de résiliation du contrat souscrit auprès de l’Assureur par **Meilleurtaux Santé**, quelle qu’en soit la cause et notamment lorsqu’il n’est pas reconduit. La non-reconduction dudit contrat entraîne la cessation des garanties pour vous à l’échéance annuelle qui suit la date de ladite résiliation. Les prestations accordées avant la résiliation de votre contrat s’effectueront jusqu’à leur terme.

#### **ARTICLE 12 – TRAITEMENT DES RECLAMATIONS**

En cas de désaccord ou de mécontentement sur la mise en œuvre des prestations d’assistance de votre contrat, nous vous invitons à le faire connaître à MUTUAIDE en appelant le **01.55.98.88.42** ou en écrivant à [quotidien@mutuaide.fr](mailto:quotidien@mutuaide.fr)

Si la réponse que vous obtenez ne vous donne pas satisfaction, vous pouvez adresser un courrier à :

**MUTUAIDE**  
**SERVICE QUALITE CLIENTS**  
**126, rue de la Piazza, CS 20010**  
**93196 Noisy le Grand CEDEX**

MUTUAIDE s’engage à accuser réception de votre courrier dans un délai de 10 jours ouvrés. Il sera traité dans les 2 mois au plus.

Si le désaccord persiste, vous pouvez saisir la Médiation de l’Assurance par courrier à :



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

**ARTICLE 13 – COLLECTE DE DONNEES**

Le Bénéficiaire reconnaît être informé que l'Assureur, traite ses données personnelles conformément à la réglementation relative à la protection des données personnelles en vigueur et que par ailleurs :

- les réponses aux questions posées sont obligatoires et qu'en cas de fausses déclarations ou d'omissions, les conséquences à son égard peuvent être la nullité de l'adhésion au contrat (article L 113-8 du Code des Assurances) ou la réduction des indemnités (article L 113-9 du Code des Assurances),
- Le traitement des données personnelles est nécessaire à l'adhésion et l'exécution de son contrat et de ses garanties, à la gestion des relations commerciales et contractuelles, ou à l'exécution de dispositions légales, réglementaires ou administratives en vigueur.
- Les données collectées et traitées sont conservées pour la durée nécessaire à l'exécution du contrat ou de l'obligation légale. Ces données sont ensuite archivées conformément aux durées prévues par les dispositions relatives à la prescription.
- Les destinataires des données le concernant sont, dans la limite de leurs attributions, les services de l'Assureur en charge de la passation, gestion et exécution du Contrat d'assurance et des garanties, ses délégataires, mandataires, partenaires, sous-traitants, réassureurs dans le cadre de l'exercice de leurs missions.

Elles peuvent également être transmises s'il y a lieu aux organismes professionnels ainsi qu'à toutes personnes intervenant au contrat tels qu'avocats, experts, auxiliaires de justice et officiers ministériels, curateurs, tuteurs, enquêteurs.

Des informations le concernant peuvent également être transmises au Souscripteur, ainsi qu'à toutes personnes habilitées au titre de Tiers Autorisés (juridictions, arbitres, médiateurs, ministères concernés, autorités de tutelle et de contrôle et tous organismes publics habilités à les recevoir ainsi qu'aux services en charge du contrôle tels les commissaires aux comptes, auditeurs ainsi que services en charge du contrôle interne).

- En sa qualité d'organisme financier, l'Assureur est soumis aux obligations légales issues principalement du code monétaire et financier en matière de lutte contre le blanchiment des capitaux et contre le financement du terrorisme et, qu'à ce titre, il met en œuvre un traitement de surveillance des contrats pouvant aboutir à la rédaction d'une déclaration de soupçon ou à une mesure de gel des avoirs.

Les données et les documents concernant le Bénéficiaire sont conservés pour une durée de cinq (5) ans à compter de la clôture du contrat ou de la cessation de la relation.

- Ses données personnelles pourront également être utilisées dans le cadre d'un traitement de lutte contre la fraude à l'assurance pouvant conduire, le cas échéant, à une inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude.

Cette inscription pouvant avoir pour effet un allongement de l'étude de son dossier, voire la

réduction ou le refus du bénéfice d'un droit, d'une prestation, d'un contrat ou service proposés.

Dans ce cadre, des données personnelles le concernant (ou concernant les personnes parties ou intéressées au contrat peuvent être traitées par toutes personnes habilitées intervenant au sein des entités du Groupe Assureur dans le cadre de la lutte contre la fraude. Ces données peuvent également être destinées au personnel habilité des organismes directement concernés par une fraude (autres organismes d'assurance ou intermédiaires ; autorités judiciaires, médiateurs, arbitres, auxiliaires de justice, officiers ministériels ; organismes tiers autorisés par une disposition légale et, le cas échéant, les victimes d'actes de fraude ou leurs représentants).

En cas d'alerte de fraude, les données sont conservées maximum six (6) mois pour qualifier l'alerte puis supprimées, sauf si l'alerte s'avère pertinente. En cas d'alerte pertinente les données sont conservées jusqu'à cinq (5) ans à compter de la clôture du dossier de fraude, ou jusqu'au terme de la procédure judiciaire et des durées de prescription applicables.

Pour les personnes inscrites sur une liste de fraudeurs présumés, les données les concernant sont supprimées passé le délai de 5 ans à compter de la date d'inscription sur cette liste.

- En sa qualité d'Assureur, il est fondé à effectuer des traitements de données relatives aux infractions, condamnations et mesures de sûreté soit au moment de la souscription du contrat, soit en cours de son exécution ou dans le cadre de la gestion de contentieux.
- Les données personnelles pourront également être utilisées par l'Assureur dans le cadre de traitements qu'il met en œuvre et dont l'objet est la recherche et le développement pour améliorer la qualité ou la pertinence de ses futurs produits d'assurance et ou d'assistance et offres de services.
- Les données personnelles le concernant peuvent être accessibles à certains des collaborateurs ou prestataires de l'Assureur établis dans des pays situés hors de l'Union Européenne.
- Le Bénéficiaire dispose, en justifiant de son identité, d'un droit d'accès, de rectification, de suppression et d'opposition aux données traitées. Il dispose également du droit de demander de limiter l'utilisation de ses données lorsqu'elles ne sont plus nécessaires, ou de récupérer dans un format structuré les données qu'il a fournies lorsque ces dernières sont nécessaires au contrat ou lorsqu'il a consenti à l'utilisation de ces données.

Il dispose d'un droit de définir des directives relatives au sort de ses données personnelles après sa mort. Ces directives, générales ou particulières, concernent la conservation, l'effacement et la communication de ses données après son décès.

Ces droits peuvent être exercés auprès du Délégué Représentant à la Protection des Données de l'Assureur :

- par mail : à l'adresse [DRPO@MUTUAIDE.fr](mailto:DRPO@MUTUAIDE.fr)

ou

- par courrier : en écrivant à l'adresse suivante : Délégué représentant à la protection des données – **MUTUAIDE ASSISTANCE** – 126, rue de la Piazza – CS 20010 – 93196 Noisy le Grand Cedex.

Après en avoir fait la demande auprès du Délégué représentant à la protection des données et n'ayant pas obtenu satisfaction, il a la possibilité de saisir la CNIL (Commission Nationale de l'informatique et des Libertés).

#### **ARTICLE 14 – SUBROGATION**

**MUTUAIDE ASSISTANCE** est subrogée à concurrence des indemnités payées et des services fournis par elle dans les droits et actions du Bénéficiaire, contre toute personne responsable des faits ayant motivé son intervention. Lorsque les prestations fournies en exécution de la convention sont couvertes en tout ou partie auprès d'une autre compagnie ou institution, MUTUAIDE ASSISTANCE est subrogée dans les droits et actions du bénéficiaire contre cette compagnie ou cette institution.

#### **ARTICLE 15 – PRESCRIPTION**

En application de l'article L 114-1 du Code des assurances, toute action dérivant du présent contrat est prescrite par deux ans à compter de l'évènement qui y donne naissance. Ce délai est porté à dix ans pour les garanties décès, les actions des bénéficiaires étant prescrites au plus tard trente ans à compter de cet événement.

Toutefois, ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'Assureur en a eu connaissance ;
- 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, ce 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.

Ce délai de prescription peut être interrompu, conformément à l'article L 114-2 du Code des assurances, par une des causes ordinaires d'interruption suivantes :

- la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait (article 2240 du Code civil) ;
- une demande en justice, même en référé, jusqu'à extinction de l'instance. 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 (articles 2241 et 2242 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 2243 du Code civil) ;
- une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée (article 2244 du Code civil).

Il est rappelé que :

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

héritiers.

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

Pour interrompre le délai de prescription pour le tout, à l'égard des autres codébiteurs, il faut l'interpellation faite à tous les héritiers du débiteur décédé ou la reconnaissance de tous ces héritiers (article 2245 du Code civil).

L'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance interrompt le délai de prescription contre la caution (article 2246 du Code civil).

Le délai de prescription peut être interrompu également par :

- la désignation d'un expert à la suite d'un sinistre ;
- l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception (adressée par l'Assureur à l'Assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et adressée par l'Assuré à l'Assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité de sinistre).

#### **ARTICLE 16 – REGLEMENT DES LITIGES**

Tout différend né entre l'Assureur et le Bénéficiaire relatif à la fixation et au règlement des prestations sera soumis par la partie la plus diligente, à défaut de résolution amiable, à la juridiction compétente du domicile du bénéficiaire conformément aux dispositions prévues à l'article R 114-1 du Code des assurances.

#### **ARTICLE 17 – FAUSSES DECLARATIONS**

**Lorsqu'elles changent l'objet du risque ou en diminuent notre opinion :**

- **Toute réticence ou déclaration intentionnellement fautive de votre part entraîne la nullité du contrat. Les primes payées nous demeurent acquises et nous serons en droit d'exiger le paiement des primes échues, tel que prévu à l'article L 113.8 du Code des Assurances ;**
- **Toute omission ou déclaration inexacte de votre part dont la mauvaise foi n'est pas établie entraîne la résiliation du contrat 10 jours après la notification qui vous sera adressée par lettre recommandée et/ou l'application de la réduction des indemnités du Code des Assurances tel que prévu à l'article L 113.9.**

#### **ARTICLE 18 – AUTORITE DE CONTROLE**

L'autorité chargée du contrôle de MUTUAIDE est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) – 4, place de Budapest – CS 92 459 – 75 436 Paris Cedex 9.