

Notice

(valant conditions générales)

# APRIL

# Only Santé





## Sommaire

<b>Préambule .....</b>	<b>p.3</b>
<b>1. DÉFINITIONS .....</b>	<b>4</b>
<b>2. OBJET DE L'ADHÉSION .....</b>	<b>5</b>
<b>3. CONDITIONS D'ADHÉSION.....</b>	<b>5</b>
<b>4. MODALITÉS D'ADHÉSION .....</b>	<b>5</b>
<b>5. PRISE D'EFFET ET DURÉE DE L'ADHÉSION .....</b>	<b>6</b>
<b>6. RÉSILIATION DE L'ADHÉSION.....</b>	<b>6</b>
<b>7. DÉCLARATIONS .....</b>	<b>8</b>
<b>8. CONDITIONS DES GARANTIES.....</b>	<b>9</b>
<b>9. PRISE D'EFFET ET DURÉE DES GARANTIES .....</b>	<b>9</b>
<b>10. ÉTENDUE TERRITORIALE DE LA GARANTIE .....</b>	<b>9</b>
<b>11. GARANTIES ET MONTANTS DES REMBOURSEMENTS .....</b>	<b>9</b>
<b>12. EXCLUSIONS.....</b>	<b>11</b>
<b>13. MODIFICATIONS DES GARANTIES .....</b>	<b>12</b>
<b>14. AJOUT OU SORTIE DES AYANTS DROIT .....</b>	<b>12</b>
<b>15. ADAPTATION DE L'ADHÉSION PAR SUITE DE MODIFICATION DU RÉGIME DE BASE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE.....</b>	<b>13</b>
<b>16. PRESTATIONS.....</b>	<b>13</b>
<b>17. CONTRÔLE, PROCÉDURE D'EXPERTISE ET LITIGES.....</b>	<b>15</b>
<b>18. COTISATIONS.....</b>	<b>16</b>
<b>19. SUBROGATION.....</b>	<b>17</b>
<b>20. PRESCRIPTION .....</b>	<b>17</b>
<b>21. NON-RENONCIATION .....</b>	<b>18</b>
<b>22. DÉMATERIALISATION DE LA RELATION .....</b>	<b>18</b>
<b>23. EXAMEN DES RÉCLAMATIONS ET PROCÉDURE DE MÉDIATION .....</b>	<b>18</b>
<b>24. INFORMATION SUR LA PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES.....</b>	<b>19</b>
<b>25. AUTORITÉ DE CONTRÔLE .....</b>	<b>23</b>
<b>26. SANCTIONS INTERNATIONALES.....</b>	<b>23</b>
<b>27. DROIT DE RENONCIATION.....</b>	<b>24</b>
<b>Tableau des garanties .....</b>	<b>p.26</b>

**Mots-clés**

Toute expression en italique et avec une majuscule est définie en page 4.

## Préambule

**APRIL Only Santé**, contrat d'assurance de groupe à adhésion facultative individuelle géré dans le cadre des conventions n° AQ002944 et AQ002943, (ci-après désigné le Contrat groupe), souscrit par GPMA (Groupement de Prévoyance Maladie-Accident) auprès de L'ÉQUITÉ, ci-après désignée l'« Assureur ». Le Contrat groupe est régi par les articles L141-1 et suivants du Code des assurances et la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989.

Assuré par L'ÉQUITÉ, Société anonyme au capital de 69 213 760 euros, Entreprise régie par le Code des assurances – 572 084 697 RCS PARIS, Siège social : 2 rue Pillet-Will 75009 PARIS, N° d'identifiant unique ADEME FR232327\_03PBRV, Société appartenant au Groupe Generali immatriculé sur le registre italien des groupes d'assurances sous le numéro 026.

Distribué par APRIL SANTE PREVOYANCE, Société par actions simplifiées à associé unique de courtage en assurance au capital social de 540 640 euros, immatriculée au RCS de Lyon sous le numéro 428702419, enregistrée au registre unique des intermédiaires tenu par l'ORIAS sous le n°07002609, domiciliée : 12 rue Juliette Récamier – CS15555 – 69452 LYON CEDEX 06.

L'ÉQUITÉ délègue la gestion de la souscription et des prestations du contrat à APRIL SANTÉ PRÉVOYANCE, qui intervient en tant que déléataire, et est ci-après dénommé le « Déléataire ».

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

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

- La présente Notice, valant conditions générales, qui définit 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 provenant de sa demande d'adhésion, ses déclarations et les garanties qu'il a souscrites ;
- Le tableau des garanties, qui détaille l'ensemble des postes de remboursement et leurs montants.

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

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

**Les différentes formules de garanties du contrat sont dites non responsables. Elles ne respectent pas l'ensemble des conditions du cahier des charges des contrats dits « responsables ». De ce fait, elles ne peuvent pas bénéficier des aides fiscales et sociales prévues par la législation actuelle en vigueur.**

Cette Notice d'information est régie par le droit français et notamment le Code des assurances, l'Assureur s'engage à utiliser la langue française pendant toute la durée du Contrat, toute action judiciaire afférente sera du ressort exclusif des tribunaux français.



# 1. Définitions

## ACCIDENT

Toute atteinte ou lésion corporelle provenant exclusivement de l'action violente, soudaine et imprévisible, d'une cause extérieure et non intentionnelle de la part de l'Assuré. Ne sont pas considérés comme accidentels les maladies aiguës ou chroniques, les dommages résultant d'un traitement médical ou chirurgical ou de conséquences d'examens médicaux.

## ADHÉRENT

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

## ADHÉSION

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

## ASSOCIATION GPMA

Association de Prévoyance régie par la loi du 1<sup>er</sup> juillet 1901, les articles L. 141-7 et R. 141-1 à R. 141-9 du Code des assurances, Domiciliée : 75447 Paris Cedex 09, souscriptrice du Contrat groupe.

## ASSURÉS

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

## AYANTS DROIT

Sont considérés comme Ayants droit :

- le conjoint de l'Adhérent exerçant ou non une activité professionnelle, non séparé de corps ;
- le concubin vivant maritalement avec l'Adhérent, exerçant ou non une activité professionnelle, dans la mesure où l'Adhérent et le concubin sont libres de tout autre lien extérieur (célibataires, veufs ou divorcés). Une déclaration sur l'honneur signée par chacun des intéressés certifiant que le concubinage est notoire, indiquant le numéro de Sécurité sociale de l'Adhérent et de son concubin, devra être adressée au Délégataire sur demande ;
- le cocontractant d'un Pacte Civil de Solidarité (PACS) avec l'Adhérent ;
- les enfants de l'Adhérent, à sa charge au sens de l'article L 161-1 du Code de la Sécurité sociale.

## CONTRAT NON RESPONSABLE

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

Les différentes formules de garanties du contrat sont dites non responsables. Elles ne respectent pas l'ensemble des conditions du cahier des charges des contrats dits « responsables ». De ce fait, elles ne peuvent pas bénéficier des aides fiscales et sociales prévues par la législation actuelle en vigueur.

## FORFAIT

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

## FRANCE

France métropolitaine (y compris Corse).

## DÉLÉGATAIRE

APRIL SANTE PREVOYANCE, Société par actions simplifiées à associé unique de courtage en assurance au capital social de 540 640 euros, immatriculée au RCS de Lyon sous le numéro 428702419. Enregistrée au registre unique des intermédiaires tenu par l'ORIAS sous le n°07002609, domiciliée : 12 rue Juliette Récamier – CS15555 – 69452 LYON CEDEX 06.

## HOSPITALISATION

Au sens du présent Contrat groupe, est considéré comme Hospitalisation tout séjour d'au moins une nuit dans un établissement hospitalier public ou privé en France ou à l'étranger à la suite d'une Maladie, un Accident ou une maternité et ayant fait l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie. Il est précisé que ne sont garanties par le Contrat groupe que les Hospitalisations effectuées dans un établissement hospitalier prévu à l'article L. 174-4 du Code de la Sécurité sociale, à savoir les établissements de santé et non pas les établissements médico-sociaux comme les maisons d'accueil spécialisées (MAS), les établissements d'hébergement pour personnes dépendantes (EHPAD), ou les établissements de santé autorisés à dispenser des soins de longue durée (ULSD).

## MALADIE

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

## RÉGIME OBLIGATOIRE (RO)

Régime légal de protection sociale français auquel sont obligatoirement affiliés l'Adhérent et ses Ayants droit. **Synonymes** : Assurance Maladie Obligatoire, Sécurité sociale.

## TÉLÉTRANSMISSION

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

## TICKET MODÉRATEUR (TM)

Déférence entre la base de remboursement et le montant remboursé par l'Assurance Maladie Obligatoire (avant application sur celui-ci de la participation forfaitaire de deux euros ou d'une franchise) et qui reste à charge de l'Assuré.

## TIERS PAYANT (TP)

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

## 2. Objet de l'adhésion

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

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

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

## 3. Conditions d'adhésion

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

- être adhérentes à l'Association GPMA (Groupement de Prévoyance Maladie-Accident) ;
- être résidentes fiscales en France ;
- relever du Régime Obligatoire français d'assurance maladie ;
- être âgées à la date de signature de la demande d'adhésion de 18 ans à 90 ans maximum, l'âge étant calculé par la différence entre le millésime de l'année et le millésime de l'année de naissance.

**Le contrat n'est pas éligible aux dispositifs de la loi Madelin.**

## 4. Modalités d'adhésion

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

Il devra désigner ses éventuels Ayants droit, parmi :

- Son conjoint, âgé de 18 ans minimum, et rentrant dans l'une des catégories suivantes :
  - personne avec laquelle il est marié, non divorcé et non séparé de corps judiciairement ;
  - son concubin ;
  - son partenaire avec lequel il est lié par un Pacte Civil de Solidarité (PACS).
- Les enfants, sans limite d'âge, reconnus à sa charge ou à celle de son conjoint au sens du Régime Obligatoire auquel relève l'Adhérent ou son conjoint.



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

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

Toute adhésion au Contrat groupe nécessite au préalable d'adhérer à l'Association GPMA (Groupement de Prévoyance Maladie-Accident) dont la cotisation annuelle en vigueur est prévu sur la demande d'adhésion. À ce titre, l'Adhérent reçoit une copie des statuts de l'association.

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

## 5. Prise d'effet et durée de l'adhésion

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

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

L'adhésion produira ses effets à compter de la date d'effet indiquée sur le certificat d'adhésion et sous réserve de l'encaissement de la première cotisation.

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

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

A l'issue de la période initiale de douze (12) mois, l'Adhésion se renouvelle par tacite reconduction à l'échéance du contrat, sauf en cas de résiliation de l'Adhésion telle que prévue au point 6 « Résiliation de l'Adhésion ».

Les droits et obligations de l'Adhérent peuvent être modifiés par des avenants au Contrat groupe, conclus entre l'Assureur et l'Association GPMA. Conformément à l'article L141-4 du Code des assurances, l'Adhérent est préalablement informé de ces modifications.

## 6. Résiliation de l'adhésion

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

### FORMES DE LA RÉSILIATION

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

● Par lettre, y compris recommandé ou tout autre support durable, par acte extrajudiciaire ou par déclaration faite au Délégitaire à l'adresse suivante :

**APRIL Santé Prévoyance**  
12 rue Juliette Récamier  
CS15555  
69452 LYON CEDEX 06

- Par envoi recommandé électronique ou courrier électronique adressé à : [relationclient@april.com](mailto:relationclient@april.com) ;
- Si le contrat a été conclu par un mode de communication à distance, par le même mode de communication ;
- Si vous êtes couvert en qualité de personne physique agissant en dehors de ses activités professionnelles, par voie électronique, en utilisant la fonctionnalité mise à votre disposition sur le site internet d'APRIL et sur l'Espace Assuré.

**PRÉCISIONS SUR L'ENVOI RECOMMANDÉ ÉLECTRONIQUE :**

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

Cette preuve de dépôt comporte les informations suivantes :

- 1<sup>o</sup> Le nom et le prénom ou la raison sociale de l'expéditeur, ainsi que son adresse électronique ;
- 2<sup>o</sup> Le nom et le prénom ou la raison sociale du destinataire ainsi que son adresse électronique ;
- 3<sup>o</sup> Un numéro d'identification unique de l'envoi attribué par le prestataire ;
- 4<sup>o</sup> La date et l'heure du dépôt électronique de l'envoi indiquées par un horodatage électronique qualifié tel que défini par l'article 3 du règlement (UE) n° 910/2014 mentionné ci-dessus ;
- 5<sup>o</sup> La signature électronique avancée ou le cachet électronique avancé tels que définis par l'article 3 du règlement (UE) n° 910/2014 mentionné ci-dessus, utilisé par le prestataire de services qualifié lors de l'envoi.

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

**CONSÉQUENCES DE LA RÉSILIATION**

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

**RÉSILIATION PAR L'ADHÉRENT**

L'Adhérent peut résilier son Adhésion :

- A chaque échéance au 31/12 par notification adressée au plus tard deux (2) mois avant la date d'échéance (soit le 31/10). Le délai de préavis est décompté à partir de la date de notification. La résiliation prendra effet le jour suivant (article L113-12 du Code des assurances) ;
- À tout moment, après au moins douze (12) mois d'Adhésion. La résiliation prendra alors effet un mois à compter de la date de réception de la notification. L'Adhérent recevra un avis de réception précisant la date de prise d'effet de la résiliation (L113-15-2 du Code des Assurances) ;
- En cas de modification des conditions du Contrat groupe à l'initiative de l'Assureur, l'Adhérent dispose d'un délai de trente (30) jours à compter de la notification pour résilier son Adhésion en raison de ces modifications (L113-3 du Code des assurances) ;
- En cas de refus de l'augmentation de cotisations selon les modalités prévues à l'article 18 ci-dessous.

**RÉSILIATION PAR L'ASSUREUR**

L'Assureur peut résilier l'Adhésion :

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

**RÉSILIATION PAR L'ADHÉRENT OU PAR L'ASSUREUR**

L'Adhérent ou l'Assureur peut résilier l'Adhésion en cas de changement de domicile en France métropolitaine, de situation matrimoniale ou de régime matrimonial, de profession, de retraite professionnelle, ou de cessation d'activité professionnelle lorsque l'Adhésion a pour objet la garantie de risques en relation directe avec la situation antérieure et qui ne se retrouvent pas dans la situation nouvelle (article L113-16 du Code des assurances). Si elle émane de l'Adhérent, la demande de résiliation doit être effectuée dans les trois (3) mois qui suivent le changement sus-évoqué. Si elle émane de l'Assureur, la demande de résiliation doit être effectuée dans les trois (3) mois qui suivent la notification du changement par l'Adhérent à l'Assureur.

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

**RÉSILIATION DE PLEIN DROIT**

L'Adhésion est résiliée de plein droit :

- En cas de décès de l'Adhérent ;
- En cas de présence d'un conjoint Ayant droit, la garantie est maintenue automatiquement, sauf demande écrite contraire de ce dernier ;
- En cas de départ de France. La résiliation prend effet le premier jour qui suit la cessation d'affiliation au Régime Obligatoire d'assurance maladie ;
- En cas de retrait de l'agrément de l'Assureur (article L326-12 du Code des assurances).



## **RÉSILIATION OU MODIFICATION DU CONTRAT GROUPE (ENTRE L'ASSUREUR ET LE SOUSCRIPTEUR GPMA)**

Les droits et obligations de l'Adhérent peuvent être modifiés par des avenants au Contrat groupe, conclus entre l'Assureur et l'Association GPMA. Dans ce cas, l'Adhérent sera informé par écrit des modifications apportées à ses droits et obligations, dans un délai de trois (3) mois minimum avant la date prévue de leur entrée en vigueur.

Le Contrat groupe peut être résilié par l'une ou l'autre des parties par lettre recommandée avec accusé de réception envoyée à l'autre Partie au moins trois (3) mois avant la date de renouvellement. En cas de résiliation, aucune adhésion nouvelle au Contrat groupe ne pourra être acceptée. En revanche, les adhésions en cours continueront à bénéficier de l'ensemble des clauses et conditions du Contrat groupe existantes à la date de résiliation.

# **7. Déclarations**

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

Ces déclarations sont importantes pour l'élaboration et l'évolution de l'Adhésion et l'Adhérent doit fournir des réponses exactes.

### **DANS LA DEMANDE D'ADHÉSION**

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

### **EN COURS DE VIE DE L'ADHÉSION**

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

- un changement d'état civil ;
- une cessation ou un changement d'affiliation d'un des bénéficiaires au Régime Obligatoire ;
- un changement de domicile ou un départ hors de France ;
- 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.

Les déclarations en cours d'Adhésion doivent être faites sur le site internet APRIL via l'Espace Assuré, ou par courrier à l'adresse suivante :

**APRIL Santé Prévoyance**  
12 rue Juliette Récamier  
CS15555  
69452 LYON CEDEX 06

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

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

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

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

**Si, en cours d'adhésion, un Assuré fait volontairement une fausse déclaration sur la date, la nature, les causes, les circonstances ou les conséquences du sinistre, s'il utilise sciemment des documents inexacts comme justificatifs, l'Assureur est en droit de le déchoir de tout droit à indemnisation. Dès lors, le paiement des prestations afférentes à cette fausse déclaration de sinistre lui est refusé et toute prestation indument versée peut-être réclamée à l'Adhérent.**

**L'Assureur est également en droit de résilier son Adhésion tel que prévu à l'article 6 de la présente Notice d'information. La résiliation prend effet trente (30) jours à compter de la notification par l'assureur de la résiliation.**

## 8. Conditions des garanties

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

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

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

## 9. Prise d'effet et durée des garanties

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

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

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

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

## 10. Étendue territoriale de la garantie

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

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

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

## 11. Garanties et montants des remboursements

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

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

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

Les remboursements ou les indemnisations des frais occasionnés par une Maladie, une maternité ou un Accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge de l'Assuré ou de l'Adhérent après les remboursements de toute nature auxquels il a droit et avant la prise en charge instaurée par l'article L. 861-3 du code de la Sécurité sociale.

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



Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit sa date de souscription. Dans cette limite, le bénéficiaire du contrat ou de la convention peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix. Dans tous les cas, les remboursements sont limités au montant des frais réellement engagés.

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

Les montants de remboursements s'entendent :

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

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

- En pourcentage du tarif de responsabilité en vigueur 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) ;
- En montant annuel exprimé en euros ;
- En montant par acte exprimé en euros.

Ces montants représentent des plafonds de garanties qui incluent la prise en charge du Ticket Modérateur.

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

- Les garanties « **chambre particulière** », « **Lit accompagnant** », et « **Confort Hospi** » sont limitées à 10 jours par an et par assuré dans les établissements de santé. Et sont de 20 jours en rééducation fonctionnelle, maison de réadaptation, de repos ou de convalescence.
- La garantie « **Chambre particulière** » est exclue en ambulatoire.
- La garantie « **Lit accompagnant** » est prise en charge lorsque l'hospitalisation concerne un enfant de moins de 16 ans, une personne de plus de 70 ans ou encore un malade atteint d'une infirmité.
- La garantie « **Frais de transport** » prend en charge les frais de transport du malade ou de l'accidenté qui sont remboursés par l'Assurance Maladie. Cette prise en charge n'est possible que sur prescription médicale et peut nécessiter l'accord préalable du service médical de l'Assurance Maladie.
- La garantie « **Matériel médical** » : Sauf mention expressément prévue dans le tableau de garanties, cette sous-rubrique comprend les dispositifs médicaux, prothèses et orthèses médicales, inscrits à la Liste des Produits et Prestations Remboursables (LPPR) par l'Assurance Maladie, effectivement remboursés par elle. Les dispositifs médicaux d'optique médicale ne sont pas intégrés dans la rubrique Matériel médical mais figurent dans leurs rubriques respectives.
- La garantie « **Cure thermale** » n'est valable que pour les cures thermales dont la prise en charge est acceptée par le Régime Obligatoire.
- Pour le poste « **Optique** », la prise en charge est limitée à un équipement complet tous les deux ans, délai décompté à partir de la date du dernier renouvellement. Par dérogation, le délai est ramené à un an pour les assurés de moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue.

#### BONUS DE FIDÉLITÉ :

- Le forfait médicaments prescrits et non remboursés par la Sécurité sociale permet le remboursement des médicaments prescrits et non remboursés par la Sécurité sociale à l'échéance anniversaire de l'Adhésion, à partir de la 2<sup>e</sup> année d'assurance tel qu'indiqué au tableau des garanties ;
- Le forfait hébergement dépassement, et transport de la garantie **cure thermale** est augmenté à l'échéance anniversaire de l'Adhésion, à partir de la 3<sup>e</sup> année d'assurance tel qu'indiqué au tableau des garanties ;
- La garantie « **Médecine naturelle** » est augmentée à l'échéance anniversaire de l'Adhésion, à partir de la 3<sup>e</sup> année d'assurance tel qu'indiqué au tableau des garanties.

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

## 12. Exclusions

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

Les exclusions ci-dessous s'appliquent à toutes les garanties d'assurance.

Les garanties ne s'exercent pas :

- à une guerre civile ou étrangère, des émeutes, des mouvements populaires, des actes de terrorisme, une catastrophe naturelle ;
- à votre participation volontaire à des émeutes ou grèves, rixes ou voies de fait ;
- à la désintégration du noyau atomique ou toute irradiation provenant d'une source d'énergie présentant un caractère de radioactivité ;
- à l'usage de médicaments, de drogues, de stupéfiants et produits assimilés non ordonnés médicalement, et de l'usage abusif d'alcool ;
- à un acte intentionnel de votre part ou d'un acte dolosif, d'une tentative de suicide ou suicide ;
- à un incident survenu au cours d'épreuves, courses, ou compétitions motorisées (ou leurs essais), soumises par la réglementation en vigueur à l'autorisation préalable des pouvoirs publics, lorsque l'Assuré y participait en tant que concurrent, ou au cours d'essais sur circuit soumis à homologation préalable des pouvoirs publics, et ce, même si l'Assuré utilise son propre véhicule.

Sont également exclus :

- les demandes qui relèvent de la compétence des organismes locaux de secours d'urgence ou des transports primaires tels que le SAMU, les pompiers, et les frais s'y rapportant ;
- Territorialité : Monaco, DROM-TOM et frontaliers.

Même si votre Régime Obligatoire est intervenu, ne donnent pas lieu à prestation pour les hospitalisations, actes chirurgicaux, soins et prothèses dentaires, actes de kinésithérapie :

- les conséquences de l'éthyisme aigu ou chronique de la personne assurée, l'usage de stupéfiants ou de tranquillisants non prescrits médicalement ;
- les frais de séjour climatique à la campagne, à la mer, à la montagne et en colonie sanitaire (sauf en Sanatorium ou en Préventorium) ;
- les cures d'amaigrissement, de rajeunissement, de désintoxication et de thalassothérapie ;
- les traitements à visée esthétique, à l'exception de ceux consécutifs à un accident garanti ;
- les traitements psychanalytiques ;
- les interventions chirurgicales à visée reconstructrice, esthétique ou plastique à l'exception de celles consécutives à un accident garanti, les interventions comportant une réduction de la masse graisseuse, ainsi que les interventions pour rhinoplastie et septoplastie nasale. Restent néanmoins garanties les rhinoplasties justifiées par un traumatisme nasal survenu pendant la période de garantie ;
- les interventions chirurgicales pour hypertrophie ou hypotrophie mammaires, ainsi que les interventions comportant une lipectomie, une liposuccion, une lipoaspiration, une liposculpture, une plastie abdominale ;
- les traitements, hospitalisations et interventions chirurgicales pour les troubles de l'identité sexuelle ;
- les séjours en centres, services ou établissements dits de longs séjours, de gérontologie, de gériatrie ;
- les séjours psychopédagogiques, pédagogiques, à visée diététique ou de rééducation alimentaire ;
- les différentes étapes de la Procréation Médicalement Assistée (PMA) ;
- les maisons d'accueil spécialisé (MAS) ;
- les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EPHAD).

Les garanties ne s'exercent pas non plus concernant :

- La participation forfaitaire à la charge du membre participant (2 euros) ;
- Les franchises médicales à la charge du membre participant (1 euro par boîte de médicaments et par acte d'auxiliaires médicaux, 4 euros par transport) ;
- La majoration du ticket modérateur et les dépassements d'honoraires si les dépenses de santé sont réalisées en dehors du parcours de soins ;
- Les frais liés aux paniers 100% Santé ;
- Les aides auditives ;
- La chambre particulière ambulatoire ;
- Le Dispositif Mon soutien Psy ;
- Les séjours USLD.



## 13. Modifications des garanties

### À LA DEMANDE DE L'ADHÉRENT

En cours de vie de l'Adhésion, l'Adhérent peut demander la modification de son niveau de garanties, à la hausse ou à la baisse, sur son Espace Assuré, par mail à l'adresse suivante [relationclient@april.com](mailto:relationclient@april.com) ou par courrier, à l'adresse suivante :

**APRIL Santé Prévoyance**  
12 rue Juliette Récamier  
CS15555  
69452 LYON CEDEX 06

Tout changement de niveau de garanties est soumis à étude et acceptation préalable de l'assureur ou de son déléguaire.

L'Adhérent a la possibilité de demander un changement de niveau de garanties par écrit ou par téléphone en s'adressant à APRIL Santé Prévoyance. Toutefois, ce changement de niveau de garanties ne sera accepté qu'après un délai de douze mois d'assurance minimum suivant la date d'effet de l'adhésion ou la date d'effet du dernier avenant de modification le cas échéant.

La modification des garanties de l'adhérent et ses Ayants-droits prendra effet à la date d'effet de l'avenant constatant les modifications.

Si les modifications de l'Adhésion entraînent une modification de la cotisation, celle-ci sera revue à compter de la date d'effet de l'avenant. 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 « 18 - COTISATIONS ».

S'il s'agit d'un trop perçu en faveur de l'Adhérent, celui-ci sera déduite des prochaines cotisations à régler, sous réserve de l'absence d'arriéré de prime à compenser.

### À L'INITIATIVE DE L'ASSUREUR

Le contrat peut être modifié sur proposition de l'Assureur.

Dans ce cas, l'adhérent sera informé par écrit des modifications apportées ou susceptibles d'être apportées aux droits et obligations des Assurés au moins deux mois avant la date prévue de leur entrée en vigueur, à moins que les délais réglementaires ne permettent pas à l'assureur de respecter un tel délai. L'Adhérent sera informé par courrier simple, l'Assureur étant expressément dispensé de recourir à un envoi recommandé. L'Adhérent ne pourra exiger comme moyen de preuve de cette information l'envoi d'un courrier recommandé. Ces modifications sont applicables sous réserve du consentement de l'Adhérent dans les conditions ci-après. Ce consentement peut être prouvé par tout moyen de droit. De convention expresse, le consentement de l'Adhérent est réputé acquis par le paiement sans réserve de la cotisation faisant suite à ces modifications, de même qu'en cas de prélèvement bancaire n'ayant soulevé ni réserve ni opposition formulée auprès de l'Assureur dans les trente jours suivant son exécution.

En cas de refus d'une modification par l'Adhérent, celui-ci peut résilier l'Adhésion dans le mois qui suit la réception de l'information (article 6 - RÉSILIATION DE L'ADHÉSION). La prime ou le prorata de prime restera dû sur les bases existantes jusqu'à la date d'effet de cette résiliation.

## 14. Ajout ou sortie des Ayants droit

En cours de vie de l'Adhésion, l'Adhérent peut demander l'ajout ou la sortie des Ayants droit, en adressant sa demande sur son Espace Assuré, par mail à l'adresse suivante [relationclient@april.com](mailto:relationclient@april.com), ou par courrier, ou à l'adresse suivante :

**APRIL Santé Prévoyance**  
12 rue Juliette Récamier  
CS15555  
69452 LYON CEDEX 06

### AJOUT D'UN AYANT DROIT

En cas d'ajout d'un Assuré, ses garanties prennent effet au plus tôt au lendemain de réception de la demande d'ajout par APRIL. Dans le cas d'un ajout de nouveau-né, l'Adhérent a la possibilité de demander l'ajout à effet rétroactif de la naissance sur demande formulée dans les 2 mois qui suivent la naissance.

**SORTIE D'UN AYANT DROIT**

En cas de demande de sortie d'un Ayant droit, ses garanties prennent fin au plus tôt au jour de réception de la demande de sortie par APRIL Santé Prévoyance, ou, sous réserve de production d'un justificatif dans les 3 mois suivant l'évènement, au jour de changement de situation suivant :

- Décès de l'Ayant droit ;
- Séparation ou divorce ;
- Changement de 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.

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 stipulations de l'article « 18 - COTISATIONS ». S'il s'agit d'un trop perçu en faveur de l'Adhérent, celui-ci lui sera réglée sous réserve de l'absence d'arriéré de prime à compenser.

## 15. Adaptation de l'Adhésion par suite de modification du régime de base de la Sécurité sociale

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

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

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

## 16. Prestations

**REMBOURSEMENT DES PRESTATIONS**

Les dépenses de prestations sont remboursées en fonction du niveau de garanties que l'Adhérent a souscrit et qui figure au certificat d'adhésion. Les demandes de remboursement de prestations sont à adresser via l'Espace Assuré, ou par mail à l'adresse suivante [relationclient@april.com](mailto:relationclient@april.com), ou par courrier à l'adresse suivante :

**APRIL Santé Prévoyance**  
12 rue Juliette Récamier  
CS15555  
69452 LYON CEDEX 06

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



## TÉLÉTRANSMISSION

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

**APRIL Santé Prévoyance**  
12 rue Juliette Récamier  
CS15555  
69452 LYON CEDEX 06

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

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

## TIERS PAYANT

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

Pour les dépenses de pharmacie remboursables par la Sécurité sociale, l'Adhérent est dispensé du paiement du Ticket Modérateur.

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

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

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

**APRIL Santé Prévoyance**  
12 rue Juliette Récamier  
CS15555  
69452 LYON CEDEX 06

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

## JUSTIFICATIFS À PRODUIRE

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

**APRIL Santé Prévoyance**  
12 rue Juliette Récamier  
CS15555  
69452 LYON CEDEX 06

Les pièces justificatives qui pourraient être demandées sont les suivantes :

- Les décomptes de remboursement du régime Obligatoire justifiant les prestations versées s'ils n'ont pas été télétransmis par les organismes de Régimes Obligatoires ;
- Les notes d'honoraires et factures détaillées justifiant des frais réellement engagés, notamment pour le transport hospitalier ;
- Les factures d'Hospitalisation si celles-ci n'ont pas donné lieu à une prise en charge préalable, notamment pour la chambre particulière, le forfait journalier hospitalier et le lit accompagnant ;
- Les factures des pharmaciens lorsque la garantie Tiers Payant n'a pu être mise en jeu ou en cas de dépassement du tarif de responsabilité ;

- Pour les prothèses dentaires acceptées par le Régime Obligatoire, le décompte du remboursement du Régime Obligatoire et la facture détaillée des frais engagés ;
- Pour les frais d'optique, la demande de prise en charge et la facture de l'opticien distinguant le prix de la monture de celui, des verres et indiquant le type de verres ou indiquant les frais de lentilles.
- Pour les lentilles non remboursées par le Régime Obligatoire, joindre également une ordonnance de moins de deux ans.
- L'évolution de la vue doit être justifiée :
  - soit par la présentation d'une nouvelle prescription médicale portant une correction différente de la précédente ;
  - soit sur la présentation de la prescription initiale comportant des mentions de l'opticien en application de l'article R165-1 du Code de la Sécurité sociale.
- Pour l'examen de densitométrie osseuse et pour la pharmacie prescrite non prise en charge par le Régime Obligatoire, la prescription et la facture ou la note d'honoraires.
- Pour les médecines naturelles, la facture détaillée du praticien diplômé d'Etat.
- 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 décomptes établis par l'organisme en cause.
- En cas de naissance, un certificat de naissance ou une copie certifiée conforme du livret de famille établissant l'affiliation avec l'Adhérent.
- En cas d'adoption, une copie du jugement d'adoption, établissant l'affiliation avec l'Adhérent ;
- En cas d'Accident mettant en cause un tiers responsable identifié, les coordonnées du tiers responsable ou de son Assureur, afin de pouvoir engager les recours.

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

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

## 17. Contrôle, procédure d'expertise et litiges

### CONTRÔLE DES DÉPENSES

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

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

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

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

### PROCÉDURE D'EXPERTISE

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

### ARBITRAGE

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

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

À défaut d'accord entre les médecins sur le nom du tiers expert, la désignation est effectuée par le Président du Tribunal Judiciaire du domicile de l'Assuré. Cette nomination est faite sur simple requête signée des deux parties ou d'une 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.

## 18. Cotisations

### 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 et la zone géographique. Elle ne dépend pas de l'état de santé des Assurés. La cotisation totale correspond au cumul des cotisations de chaque Assuré. La cotisation totale est due par l'Adhérent.

### VARIATION DE LA COTISATION

Afin de prendre en compte le changement de génération de chaque Assuré, directement dépendant de l'âge de ceux-ci, votre cotisation évoluera contractuellement de trois pour cent (3%) au premier (1<sup>er</sup>) janvier de chaque année.

En cours d'Adhésion, la cotisation peut varier en cas de : modification de la législation sociale et/ou fiscale, changement de garanties, changement ou modification du Régime Obligatoire d'assurance maladie, ajout ou sortie de bénéficiaires, changement de domicile entraînant un changement de zone tarifaire. En outre, en cas de modification des niveaux de remboursement du Régime Obligatoire, l'Assureur peut être amené, en cours d'année, à procéder à une réactualisation des tarifs.

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

### RÉVISION DE LA COTISATION

L'Assureur peut également être amené à réévaluer le montant des cotisations, notamment en fonction des résultats techniques des garanties de même nature et/ou de l'évolution prévisionnelle des dépenses de santé. Les augmentations de cotisations seront notifiées à l'Adhérent par écrit au moins deux mois avant la date prévue de l'entrée en vigueur, à moins que les délais réglementaires ne permettent pas de respecter ce délai. L'Adhérent pourra être informé par courrier simple, l'Assureur étant expressément dispensé de recourir à un envoi recommandé. L'Adhérent ne pourra exiger comme moyen de preuve de cette information l'envoi d'un courrier recommandé.

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

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

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

### PAIEMENT DE LA COTISATION

La cotisation est payable d'avance annuellement par prélèvement ou chèque tiré sur un compte ouvert dans un établissement bancaire situé en France. La fréquence et le mode de paiement peuvent être fractionnés selon les mentions qui figurent dans le certificat d'adhésion.

Le paiement mensuel s'effectue obligatoirement par prélèvement automatique. Le prélèvement s'effectue pour chaque mois de quittance entre le 1<sup>er</sup> et le 10 du mois précédent la quittance.

Le paiement par chèque n'est accepté que pour les règlements annuels et semestriels.

### DÉFAUT DE PAIEMENT

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

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

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

## 19. Subrogation

En vertu de l'article L121-12 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.

## 20. Prescription

Toute action dérivant de l'Adhésion au Contrat groupe est prescrite selon les dispositions des articles L114-1 et suivants du Code des assurances :

### Article L114-1 du Code des assurances

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

Toutefois, ce délai ne court :

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

Quand l'action de l'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'assuré décédé.

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

### Article L114-2 du Code des assurances

« La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec 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 du Code des assurances

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

Les causes ordinaires de prescription prévues par le Code civil sont :

- la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait (article 2240 du Code civil) ;
- la demande en justice (articles 2241 à 2243 du Code civil) ;
- une mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles d'exécutions ou un acte d'exécution forcée (article 2244 du Code civil) ;
- L'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait (Article 2245 du code civil) ;
- L'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance pour les cas de prescription applicables aux cautions (Article 2246 du Code civil).

## 21. Non-renonciation

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

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

## 22. Dématérialisation de la relation

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

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

## 23. Examen des réclamations et procédure de médiation

### EXAMEN DES RÉCLAMATIONS

Pour toute réclamation relative à la gestion du contrat, des cotisations ou encore des sinistres, l'Adhérent s'adresse prioritairement à son interlocuteur habituel qui est en mesure de lui fournir toutes informations et explications.

Si l'Adhérent ne reçoit pas une réponse satisfaisante, il peut adresser sa réclamation écrite (mentionnant les références du dossier concerné et accompagnée d'une copie des éventuelles pièces justificatives) à APRIL Santé Prévoyance :

- par mail à l'adresse suivante : [reclamations@april.com](mailto:reclamations@april.com)
- par courrier à l'adresse suivante :

Service Réclamations  
**APRIL Santé Prévoyance**  
12 rue Juliette Récamier  
CS15555  
69452 LYON CEDEX 06

Ceux-ci accuseront réception de la demande de l'Adhérent sous 10 jours et y répondront dans les meilleurs délais et au maximum dans les 2 mois à compter de votre envoi.

Si l'Adhérent a souscrit son contrat par le biais d'un intermédiaire et que la demande relève de son devoir de conseil et d'information ou concerne les conditions de commercialisation du contrat, la réclamation doit être exclusivement adressée à cet intermédiaire.

La procédure ci-dessus ne s'applique pas si une juridiction a été saisie du litige que ce soit par l'Adhérent ou l'Assureur.

### MÉDIATION

En qualité de membre de France Assureurs, l'ÉQUITÉ applique la Charte du Médiateur de l'Assurance. Si un litige persiste après examen de votre demande par le service réclamations ou en l'absence de réponse, vous pouvez saisir le Médiateur de l'Assurance.

- Soit en écrivant à :

**Monsieur le Médiateur de l'Assurance**  
TSA 50110 – 75441 PARIS Cedex 09

- Soit en déposant une demande en ligne à l'adresse : <http://www.mediation-assurance.org>

Nous vous précisons cependant que le Médiateur ne peut être saisi qu'à l'issue d'un délai de deux mois après l'envoi de votre première réclamation écrite.

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

En cas de proposition du contrat d'assurance en ligne :

Vous avez aussi la possibilité en qualité de consommateur, de recourir à la plateforme de Règlement en Ligne des Litiges (RLL) de la Commission Européenne en utilisant le lien suivant : <http://ec.europa.eu/consumers/odr/>

## 24. Information sur la protection des données personnelles

Vous trouverez ci-dessous les informations sur les traitements des données à caractère personnel que L'EQUITE et APRIL SANTE PREVOYANCE peuvent effectuer dans le cadre de la souscription/ l'adhésion et de la gestion d'un contrat.

La politique de traitement des données à caractère personnel de l'EQUITE est régulièrement mise à jour, notamment pour tenir compte des évolutions réglementaires en matière de protection des données à caractère personnel. Ces mises à jour sont accessibles à l'adresse internet <https://www.generali.fr/donnees-personnelles/> ou peuvent vous être adressées sur simple demande.

La politique de traitement des données à caractère personnel du Délégataire est accessible à l'adresse internet <https://www.april.fr/edito/traitemet-donnees-personnelles>

### IDENTIFICATION DU RESPONSABLE DE TRAITEMENT DES DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL

Les données à caractère personnel recueillies dans le cadre de cette Adhésion font l'objet d'un traitement dont le responsable de traitement est L'EQUITE en tant qu'Assureur, à l'exception des opérations suivantes dont le responsable de traitement concernant les moyens techniques et essentiels est APRIL SANTE PREVOYANCE en tant que Délégataire :

- Réalisation des mesures précontractuelles et actes de souscription des adhésions
- Gestion de la vie des souscriptions
- Encaissement et recouvrement des cotisations
- Gestion et règlement des sinistres
- Gestion des réclamations
- Archivage des pièces de gestion et documents comptables

Les traitements réalisés par le Délégataire et portant sur sa relation de courtier avec l'Adhérent font l'objet d'un document séparé communiqué à l'Adhérent.

L'EQUITE et APRIL SANTE PREVOYANCE organismes identifiés ci-dessous, ont la qualité de Responsables de traitements dans le cadre de leur périmètre respectif :

### L'EQUITÉ

Société anonyme au capital de 69 213 760 euros, Entreprise régie par le Code des assurances - 572 084 697 RCS PARIS, N° d'identifiant unique ADEME FR232327\_03PBRV,  
Siège social : 2 rue Pillet-Will - 75009 PARIS - Téléphone : 01 58 38 80 00.  
Société appartenant au Groupe GENERALI, immatriculé sur le registre italien des groupes d'assurances sous le numéro 026.

### APRIL SANTÉ PRÉVOYANCE

Société par actions simplifiées à associé unique de courtage en assurance au capital social de 540 640 euros, immatriculée au RCS de Lyon sous le numéro 428702419. Enregistrée au registre unique des intermédiaires tenu par l'ORIAS sous le n°07002609,  
Domiciliée : 12 rue Juliette Récamier – CS15555 – 69452 LYON CEDEX 06 – France.

### Les finalités et bases juridiques du traitement des données à caractère personnel

Certains de ces traitements sont susceptibles d'impliquer une solution d'intelligence artificielle



Les bases juridiques	Finalités de traitement
Exécution du contrat ou de mesures précontractuelles – Consentement pour les données de santé collectées dans le cadre de la souscription de garanties spécifiques	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Réalisation de mesures précontractuelles telles que l'obligation d'information, délivrance de conseil, devis ou simulation d'assurance...</li> <li>● Réalisation d'actes de souscription, de gestion et d'exécution ultérieur du contrat ;</li> <li>● Recouvrement ;</li> <li>● Exercice des recours ;</li> <li>● Gestion des sinistres, réclamations et contentieux ;</li> <li>● Prise de décision automatisée y compris le profilage lié à la souscription ou l'exécution du contrat. Certaines données peuvent entraîner des décisions sur la souscription et l'exécution du contrat notamment la tarification, l'ajustement des garanties ;</li> <li>● Examen, appréciation, contrôle et surveillance du risque ;</li> </ul>
Obligations légales	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme</li> <li>● Respect de toute obligation légale, réglementaires et/ou administratives</li> </ul>
Intérêt légitime	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Lutte contre la fraude, si besoin au moyen de techniques de criblage et de profilage, afin de protéger les intérêts de l'ensemble des parties non-fraudeuses au contrat.</li> <li>● Etudes statistiques et actuarielles.</li> <li>● Renforcement de la connaissance client</li> <li>● Opérations de communication, de parrainage et fidélisation</li> <li>● Services</li> <li>● Dispositifs de prévention</li> <li>● Création des espaces clients</li> <li>● Prospection commerciale autre que celle soumise à consentement</li> <li>● Profilage lié à la prospection commerciale, afin de vous permettre de bénéficier d'une couverture d'assurance aussi complète que possible et de bénéficier de produits ou services contribuant à vos besoins de protection.</li> <li>● Amélioration continue des offres.</li> <li>● Amélioration continue des process, notamment, la recherche des assurés et des bénéficiaires, au moyen de confrontation de données en vue de fiabiliser nos bases de données à caractère personnel, et le renforcement de la connaissance des clients à risques au niveau du Groupe GENERALI.</li> </ul>
Traitement des données de santé à des fins de protection sociale	Versement des prestations pour les contrats de remboursement de frais de soins
Consentement	Prospection commerciale par voie électronique (courriel, SMS/MMS, automate d'appel), sauf si cette prospection concerne des produits ou services analogues pour les personnes déjà clientes.

**Informations complémentaires dans le cadre du traitement des données à caractère personnel concernant l'Adhérent ou l'Assuré et non collectées auprès de l'Adhérent**

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

- état civil, identité, données d'identification,
- informations d'ordre économique et financier (revenus, situation financière, situation fiscale, etc.),
- numéro d'identification national unique,
- données de santé issues du codage CCAM uniquement pour les contrats de complémentaire santé.

**Source d'où proviennent les données à caractère personnel :**

Ces données peuvent émaner, d'organismes professionnels et prestataires contribuant à la gestion des contrats d'assurance, d'autres organismes d'assurance et de toute autorité administrative.

Les données collectées peuvent provenir de sources accessibles au public.

## **DESTINATAIRES OU CATÉGORIES DE DESTINATAIRES DES DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL**

Les données à caractère personnel concernant l'Adhérent ou les Assurés pourront être communiquées en tant que de besoin et au regard des finalités mentionnées ci-dessus, aux entités du groupe GENERALI, ainsi qu'aux partenaires, intermédiaires, réassureurs et assureurs concernés, et organismes professionnels, prestataires spécialisés dans la fiabilisation et l'enrichissement des données, organismes sociaux des personnes concernées aux sous-traitants et prestataires, dans la limite nécessaire à la réalisation 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 GPMA.

Au titre de la prévention de la lutte anti-blanchiment et du financement du terrorisme, ces données pourront également être partagées entre les entités juridiques du Groupe GENERALI pouvant se situer au sein et hors de l'Union Européenne, aux fins d'enrichir leurs processus de filtrage locaux et de mettre en œuvre une approche commune sur la classification des risques clients dans l'ensemble du Groupe GENERALI.

## **LOCALISATION DES TRAITEMENTS DE VOS DONNÉES PERSONNELLES**

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

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

S'agissant des traitements réalisés hors du Groupe Generali France par des partenaires externes, une vigilance toute particulière est apportée quant à la localisation des traitements, leur niveau de 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 Economique Européen concernent des traitements liés à certains types d'actes de gestion, l'envoi ponctuel d'e-mails ou de SMS, la supervision ou la maintenance de certaines applications. Ces traitements opérés depuis des pays tiers font l'objet d'un encadrement juridique par des garanties appropriées et adaptées conformément à la réglementation.

Ces documents sont disponibles sur demande écrite auprès, du Délégué à la Protection des Données du Groupe GENERALI France, à l'adresse suivante : droitdaccès@generali.fr ou du Délégué à la Protection des Données de APRIL SANTE PREVOYANCE, à l'adresse suivante : dpo.asp@april.com

## **LES DURÉES DE CONSERVATION**

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

A titre d'exemple, ci-dessous, les principales durées de conservation retenues par L'ÉQUITÉ :

<b>Enregistrement des conversations téléphoniques dans le cadre d'un démarchage téléphonique ayant abouti à la conclusion d'un contrat</b>	2 ans
<b>Lutte contre la fraude :</b> Qualification de l'alerte et alerte non pertinente ; Alerte pertinente et fraude avérée.	15 mois à compter de l'alerte ; 5 ans et 3 mois à compter de la clôture du dossier de fraude.
<b>Exécution du contrat d'assurance Santé</b>	Jusqu'à 15 ans
<b>Exécution du contrat d'assurance Prévoyance ou Retraite</b>	Jusqu'à 50 ans

## L'EXERCICE DES DROITS

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

- **D'un droit d'accès** : droit de prendre connaissance des données personnelles vous concernant dont l'Assureur et le Délégataire disposent et demander que ces données leurs soient communiquées en intégralité.
- **D'un droit de rectification** : droit de demander à corriger vos données personnelles notamment en cas de changement de situation.
- **D'un droit de suppression** : droit de demander à l'Assureur et au Délégataire la suppression de vos données personnelles notamment lorsque ces dernières ne sont plus nécessaires ou lorsque vous retirez votre 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 vos données personnelles en cas de décès.**
- **D'un droit à la limitation du traitement** : droit de demander à l'Assureur et au Délégataire de limiter le traitement de vos données personnelles.
- **D'un droit à la portabilité des données** : droit de récupérer dans un format structuré les données que vous avez fournies lorsque ces dernières sont nécessaires à l'Adhésion ou lorsqu'vous avez consenti à l'utilisation de ces données.

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

- **D'un droit de retrait** : droit de retirer le consentement donné pour un traitement fondé sur cette base. Ce retrait vaut pour l'avenir et ne remet pas en cause la licéité des traitements déjà effectués. Il est susceptible de rendre l'exécution de l'Adhésion impossible sans être pour autant une cause de résiliation reconnue par le droit des assurances.
- **D'un droit d'opposition** : droit de s'opposer au traitement de vos données personnelles, notamment concernant la prospection commerciale et plus généralement les finalités de traitement ayant pour base légale l'intérêt légitime.

L'adhérent peut exercer ses droits sur simple demande aux adresses suivantes :

### **L'ÉQUITÉ**

#### Conformité

Délégué à la protection des données personnelles

TSA 70100 - 75309 Paris Cedex 09 Ou à l'adresse électronique : [droitsd'accès@generali.fr](mailto:droitsd'accès@generali.fr)

Ou

### **APRIL SANTÉ PRÉVOYANCE**

[dpo.asp@april.com](mailto:dpo.asp@april.com) ou à l'adresse postale suivante : Délégué à la Protection des Données Personnelles d'APRIL Santé Prévoyance à 12 rue Juliette Récamier – CS15555 – 69452 LYON CEDEX 06.

Il pourra vous être demandé de justifier de votre identité si nous ne parvenions pas à vous identifier de façon certaine.

## CAS SPÉCIFIQUE DANS LE CADRE DU DÉMARCHAGE TÉLÉPHONIQUE

Si vous êtes consommateur et que vous ne souhaitez pas faire l'objet de prospection commerciale par voie téléphonique, vous pouvez vous inscrire gratuitement sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique sur le site internet [www.bloctel.gouv.fr](http://www.bloctel.gouv.fr).

L'Assureur et le Délégataire pourront cependant toujours vous contacter, directement, ou par l'intermédiaire d'un tiers agissant pour notre compte, concernant votre contrat, ou pour vous proposer des produits ou services afférents ou complémentaires à celui-ci ou de nature à l'améliorer.

## PROFILAGE ET PRISE DE DÉCISION AUTOMATISÉE

Dans le cadre de la souscription et l'exécution du contrat, les risques à assurer peuvent, à partir d'informations vous concernant ou concernant vos biens, être appréciés et quantifiés suivant des traitements automatisés ou faire intervenir des éléments de profilage vous concernant. De tels traitements peuvent avoir un impact sur la tarification ou l'ajustement des garanties. Vous disposez du droit d'obtenir une intervention humaine de la part du responsable du traitement, d'exprimer votre point de vue et de contester la décision. Vous pouvez exercer ces droits à l'adresse mentionnée pour l'exercice de vos droits.

## DROIT D'INTRODUIRE UNE RÉCLAMATION CONCERNANT LE TRAITEMENT DES DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL DE L'ADHÉRENT ET LES ASSURÉS

Par ailleurs, vous pouvez introduire une réclamation concernant le traitement de vos données à caractère personnel auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés, 3 Place de de Fontenoy- TSA 80715-75334 PARIS CEDEX 07

**PROSPECTION**

Certaines données vous concernant ou concernant les risques à assurer sont collectées par les entités du Groupe GENERALI ou APRIL SANTE PREVOYANCE. Elles peuvent ou pourront entraîner des décisions automatisées ou fondées sur le profilage, consistant notamment à vous adresser certaines offres commerciales : dans le cadre d'opérations de prospection commerciale, et/ou afin de vous permettre de bénéficier d'une couverture d'assurance aussi complète que possible et de bénéficier de produits ou services contribuant à vos besoins de protection en matière d'assurance.

Vous disposez d'un droit d'opposition à recevoir des offres commerciales ainsi que du droit de vous opposer au profilage de vos données lié à la prospection que vous pouvez exercer auprès des Délégués à la Protection des Données Personnelles dont les coordonnées sont communiquées ci-dessous.

**COORDONNÉES DES DÉLÉGUÉS À LA PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES**

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

**LE DÉLÉGATAIRE**

dpo.asp@april.com ou à l'adresse postale suivante : Délégué à la Protection des Données Personnelles d'APRIL Santé Prévoyance à 12 rue Juliette Récamier – CS15555 – 69452 LYON CEDEX 06.

OU

**L'ASSUREUR****L'ÉQUITÉ**

Conformité

Délégué à la Protection des Données Personnelles

TSA 70100 - 75309 Paris Cedex 09

Ou à l'adresse électronique : droitdaccès@generali.fr

Pour plus d'information sur notre politique en matière de cookies, nous vous invitons à consulter notre site <https://www.generali.fr/cookies>

## 25. Autorité de contrôle

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

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

## 26. Sanctions internationales

**L'Assureur ne sera tenu à aucune garantie, ne fournira aucune prestation et ne sera obligé de payer aucune somme au titre du Contrat groupe et de l'Adhésion dès lors que la mise en œuvre d'une telle garantie, la fourniture d'une telle prestation ou un tel paiement l'exposerait à une sanction, prohibition ou restriction résultant d'une résolution de l'Organisation des Nations Unies, et/ou aux sanctions économiques ou commerciales prévues par les lois et/ou règlements édictés par l'Union européenne, la France, le Royaume-Uni, et les États-Unis d'Amérique ou par tout autre droit national applicable au présent contrat prévoyant de telles mesures. Le Contrat groupe ou l'Adhésion ne couvre pas, et ne saurait imposer à l'Assureur de fournir une garantie, payer un sinistre, ou accorder quelque couverture ou prestation, relativement à des risques situés en Afghanistan, Biélorussie, Birmanie, Crimée, Donetsk, Lougansk, Zaporijia, Kherson, République populaire démocratique de Corée (Corée du nord), Russie, Iran, Syrie et/ou Venezuela.**



## 27. Droit de renonciation

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

### ● Si le contrat est vendu à distance :

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

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

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

Cette renonciation doit être faite par courrier recommandé avec accusé de réception à l'adresse suivante :

**APRIL Santé Prévoyance**  
12 rue Juliette Récamier  
CS15555  
69452 LYON CEDEX 06

### 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*

### ● Si le contrat est vendu par démarchage :

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

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

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

Cette renonciation doit être faite par courrier recommandé avec accusé de réception, à l'adresse suivante :

**APRIL Santé Prévoyance**  
12 rue Juliette Récamier  
CS15555  
69452 LYON CEDEX 06

**MODÈLE DE LETTRE DE RENONCIATION EN CAS DE DÉMARCHAGE**

*Nom, prénom :*

*Adresse :*

*N° du contrat :*

*Mode de paiement choisi :*

*Montant de la cotisation déjà acquitté :*

*Madame, Monsieur,*

*Conformément aux dispositions de l'article L 112-9 du Code des assurances, j'entends par la présente renoncer au contrat d'assurance cité en références que j'ai souscrit en date du \_\_\_\_\_.*

*Je souhaite donc qu'il soit résilié à compter de la date de réception de la présente lettre.*

*Je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes salutations distinguées.*

*Fait le \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_ Signature de l'Adhérent*

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

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

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

Ce remboursement intervient au plus tard dans les trente (30) jours suivant la réception par l'Assureur de la notification de la renonciation.



# Garanties

## APRIL Only Santé

Les garanties décrites ci-dessous ne respectent pas l'ensemble des conditions du cahier des charges des contrats dits « responsables» mentionnées à l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale et ses textes réglementaires d'application dont les articles R 871-1 et 2 du même code. De ce fait, elles ne peuvent pas bénéficier des aides fiscales et sociales prévues par la législation. Les actes 100 % Santé ne sont pas remboursés.

Les garanties exprimées en % de la base de remboursement des Régimes Obligatoires (RO) comprennent le remboursement du Régime Obligatoire. Les forfaits exprimés en euros s'entendent en complément du Régime Obligatoire, par assuré.

**IMPORTANT** Pour une estimation exacte pensez à nous faire parvenir votre devis.

Aucune prise en charge au titre du dispositif 100 % Santé

NIVEAU 1	NIVEAU 2	NIVEAU 3	NIVEAU 4	NIVEAU 5	NIVEAU 6
----------	----------	----------	----------	----------	----------

HOSPITALISATION EN SECTEUR CONVENTIONNÉ*						
SÉJOURS EN MÉDECINE, CHIRURGIE, HOSPITALISATION À DOMICILE ET MATERNITÉ						
Frais de séjour (y compris maternité) <sup>(1)</sup>	Frais réels					
Forfait journalier hospitalier <sup>(2)</sup>	Frais réels					
Honoraires médicaux et chirurgicaux	100 % BR	125 % BR	150 % BR	175 % BR	200 % BR	250 % BR
Chambre particulière – par jour et par assuré dans la limite de 10 jours (minimum une nuitée et hors ambulatoire) <sup>(3)</sup>	–	40 €	60 €	80 €	100 €	100 €
Frais d'accompagnant (lit et frais de repas) – par jour et par assuré dans la limite de 10 jours <sup>(3)</sup>	–	15 €	15 €	15 €	20 €	20 €
Forfait confort extra hospitalier (frais TV/Téléphone) – par jour et par assuré dans la limite de 10 jours	–	10 €	10 €	10 €	10 €	10 €
SÉJOURS EN SOINS MÉDICAUX ET DE RÉADAPTATION, ET PSYCHIATRIE						
Frais de séjour <sup>(1)</sup>	Frais réels					
Forfait journalier hospitalier <sup>(2)</sup>	Frais réels					
Honoraires et frais médicaux	100 % BR					
Chambre particulière pour les séjours en soins médicaux et de réadaptation – par jour et par assuré dans la limite de 20 jours (hors psychiatrie, neuropsychiatrie et assimilés) <sup>(3)</sup>	–	40 €	55 €	70 €	85 €	100 €
SOINS COURANTS						
Honoraires médicaux : consultations généralistes, spécialistes, actes médicaux, imagerie médicale (y compris en soins externes et à domicile)	100 % BR	125 % BR	150 % BR	175 % BR	200 % BR	250 % BR
Honoraires paramédicaux, analyses et examens de laboratoire (y compris en soins externes et à domicile)	100 % BR	125 % BR	150 % BR	175 % BR	200 % BR	250 % BR
Forfait Patient Urgence et actes lourds <sup>(4)</sup>	Frais réels					
Transport <sup>(5)</sup>	100 % BR					
Matériel médical : prothèses orthopédiques, petit et gros appareillage (hors prothèse auditive et accessoire optique)	100 % BR					
Médicaments remboursés par la Sécurité sociale	100 % BR					
Médicaments, vaccins et homéopathie non remboursés par la Sécurité sociale – par année d'adhésion et par assuré	–	–	–	–	–	–
Bonus fidélité médicaments, vaccins et homéopathie non remboursés par la Sécurité sociale : après 1 année d'adhésion – par année d'adhésion et par assuré	–	10 €	20 €	25 €	30 €	40 €
Forfait Médecines naturelles : ostéopathe, homéopathe, acupuncteur, naturopathe, étiopathe, diététicien, chiropracteur, micro-kinésithérapeute, podologue, réflexologue, sophrologue, psychologue, luminothérapeute, hypnothérapeute – par année d'adhésion et par assuré, limité à 40 € par séance	–	50 €	60 €	70 €	80 €	90 €
Bonus fidélité médecines naturelles : après 2 années d'adhésion, la garantie augmente de	–	+ 10 €	+ 10 €	+ 10 €	+ 10 €	+ 10 €
Psychologues conventionnés remboursés par la Sécurité sociale	Aucune prise en charge					
Dépenses médicales effectuées à l'étranger et remboursées par la Sécurité sociale française	100 % BR					
Soins cure thermale remboursés par la Sécurité sociale <sup>(6)</sup>	100 % BR					
Forfait pour les frais annexes de cure – par année d'adhésion et par assuré	–	50 €	70 €	80 €	100 €	150 €
Bonus fidélité forfait pour les frais annexes de cure : après 2 années d'adhésion, la garantie augmente de	–	+ 10 €	+ 10 €	+ 10 €	+ 10 €	+ 10 €

## DENTAIRE

Soins et prothèses dentaires « 100 % Santé » remboursés par la Sécurité sociale	Non éligible au Dispositif 100 % Santé Aucune prise en charge					
Soins dentaires, Inlays-Onlays remboursés par la Sécurité sociale <sup>(7)</sup>	100 % BR	125 % BR	150 % BR	175 % BR	200 % BR	250 % BR
Prothèses dentaires remboursées par la Sécurité sociale – par acte Forfait en complément du remboursement de la Sécurité sociale	100 % BR	150 €	200 €	250 €	300 €	400 €
Plafond prothèses remboursées par la Sécurité sociale – par année d'adhésion	–	800 €	1000 €	1200 €	1400 €	1600 €
Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale	100 % BR	125 % BR	150 % BR	175 % BR	200 % BR	250 % BR
Dentaire non remboursé par la Sécurité sociale – prothèses, orthodontie, implantologie et parodontologie – par année d'adhésion	–	50 €	100 €	150 €	200 €	200 €

## OPTIQUE

La fréquence de remboursement pour un équipement optique (1 monture + 2 verres) est : tous les deux ans pour les plus de 16 ans, tous les ans chez les moins de 16 ans et tous les 6 mois pour les moins de 6 ans, avec possibilité de renouvellement anticipé en cas d'évolution de la vue ; et tous les six mois pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas d'une mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur. La périodicité de deux ans, d'un an ou de six mois est appréciée à compter de la date d'acquisition du précédent équipement optique pris en charge par le contrat. Dans tous les cas, aucun délai de renouvellement des verres n'est requis en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières définies réglementairement. S'agissant des lunettes, dans le cadre de votre forfait les remboursements des montures sont limités à 100 euros.

Équipement « 100 % Santé » Classe A : 1 monture + 2 verres, y compris prestation d'appairage et d'adaptation de la correction visuelle	Non éligible au Dispositif 100 % Santé Aucune prise en charge					
Équipement mixte : combinaison de verres et monture de classes A et B	Dans le cadre d'équipement mixte : - Dispositif 100 % Santé : aucune prise en charge - Équipement hors 100 % Santé : prise en charge à la hauteur des forfaits ci-dessous					
Équipement à verres simples ou équipement avec un verre simple et un verre complexe ou très complexe	100 % BR	150 €	200 €	250 €	300 €	350 €
Équipement avec des verres complexes ou très complexes		200 €	250 €	300 €	350 €	400 €
Prestation d'adaptation de la correction visuelle (pour 1 équipement complet Classe B)	Aucune prise en charge					
Lentilles acceptées par la Sécurité sociale (par année d'adhésion)	100 % BR	50 €	50 €	70 €	70 €	100 €

Sauf mention contraire, seules les prestations ayant données lieu à un remboursement de la Sécurité sociale ouvrent droit à un remboursement complémentaire. Hors parcours de soins ou en l'absence de déclaration à la Sécurité sociale du choix de son médecin traitant, il convient de retirer aux montants exprimés ci-dessus la majoration du Ticket Modérateur prévue par les textes et en vigueur à la date des soins. Ce montant d'honoraires ne peut en aucun cas faire l'objet d'un remboursement. Sauf mention particulière, les garanties ne concernent que les prestations acceptées par la Sécurité sociale et le secteur conventionné.

Les établissements médicaux sociaux, notamment les maisons d'accueil spécialisées (MAS) ou les établissements d'hébergement pour les personnes dépendantes (EHPAD), ne sont pas pris en charge dans le cadre de ce contrat.

\* En cas d'hospitalisation en secteur non conventionné, sont pris en charge le forfait journalier hospitalier, la participation forfaitaire, les frais de soins et de séjour pris en charge par la Sécurité sociale. La prise en charge s'effectue sur la base de 100 % de la Base de Remboursement de la Sécurité sociale.

- (1) Illimité. Hors chambre ambulatoire. Limité à hauteur de la garantie pendant une durée déterminée (10 jours par an et par assuré pour les établissements et services de psychiatrie, neuropsychiatrie et assimilés, 30 jours en rééducation fonctionnelle et soins médicaux et de réadaptation (SMR) (maisons de rééducation, de repos ou de convalescence)), puis réduite à 100 % de la base de remboursement de la Sécurité Sociale, par an et par assuré.
- (2) La prise en charge du forfait journalier hospitalier est illimitée dans les établissements de santé.
- (3) La chambre particulière n'est pas garantie pour une hospitalisation ambulatoire et les séjours de psychiatrie ou neuropsychiatrie et assimilés.
- (4) Le montant du forfait actes lourds est défini par l'article R.160-16 du Code de la Sécurité Sociale et sera adapté en cas d'évolution fixée par décret.
- (5) Il s'agit des frais de transport du malade ou de l'accidenté, qui sont remboursés par l'Assurance Maladie. Cette prise en charge n'est possible que sur prescription médicale et peut nécessiter l'accord préalable du service médical de l'Assurance Maladie.
- (6) Les soins de cures thermales ainsi que les frais de transports et d'hébergement afférents pris en charge ou non par le RO donnent lieu à un remboursement, dans la limite des garanties de la formule choisie et des frais réellement engagés. Il est entendu que le forfait indiqué en euros est annuel et n'est valable que pour les frais de transport et d'hébergement.
- (7) Prise en charge des soins dentaires, actes d'anesthésie, actes de chirurgie dentaire, actes d'imagerie, actes techniques médicaux, prophylaxie bucco-dentaire, actes inlay-onlay, actes d'endodontie et la parodontologie.

## Grille Optique

Verres Simples	Verre simple foyer dont la sphère est comprise entre - 6,00 et + 6,00 dioptres et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptres.
Verres complexes	Verre simple foyer dont la sphère est hors zone de - 6,00 et + 6,00 dioptres ou dont le cylindre est supérieur à 4,00 dioptres. Verres multifocaux ou progressifs.
Verres très complexes	Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est hors zone de - 8,00 à + 8,00 dioptres. Verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de - 4,00 à + 4,00 dioptres.





## ET APRÈS L'ADHÉSION ?

### FINALISATION DE VOTRE ADHÉSION

- › Votre demande d'adhésion est prise en charge le jour de sa réception par APRIL Santé Prévoyance.
- › Dans les jours qui suivent la validation de votre contrat, Vous recevez votre dossier d'assuré.

### APRIL VOUS ACCOMPAGNE

Une question ? Une modification à apporter à votre contrat ?  
Rendez-vous sur [monespace.april.fr](http://monespace.april.fr)  
ou téléchargez l'application gratuite « APRIL Santé Prévoyance Emprunteur ».

### FRAIS DE GESTION

Les opérations de gestion d'APRIL Santé Prévoyance engendrent des frais imputés selon le barème suivant :

- Avenant au contrat : 10 €.
- Rejet suite à un prélèvement bancaire : 10 €.
- Mise en demeure pour non-paiement : 25 €.
- Réouverture d'un contrat suite à une radiation : 10 €.
- Relevés des prestations :
  - › Si Vous avez opté pour un virement automatique et un relevé mensuel : gratuit.
  - › Si Vous avez opté pour un remboursement par chèque : 0,76 € /relevé.

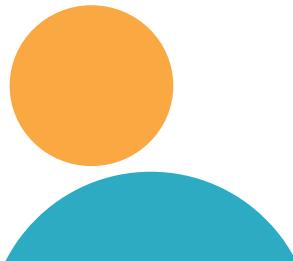
Ce barème est susceptible d'évoluer. Vous pouvez retrouver ces informations dans votre guide pratique, disponible sur votre Espace Assuré APRIL.



12 rue Juliette Récamier  
CS15555  
69452 LYON Cedex 06

S.A.S.U. au capital de 540 640 € - RCS Lyon 428 702 419 - Intermédiaire en assurances - immatriculée à l'ORIAS sous le n°07 002 609 ([www.orias.fr](http://www.orias.fr))  
Autorité de contrôle prudentiel et de résolution - 4 Place de Budapest  
CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09.

Produit géré par APRIL Santé Prévoyance, conçu et assuré par L'Équité, société du groupe Generali.



**STATUTS**  
**(Modifiés par l'Assemblée Générale Extraordinaire  
du 3 juin 2024)**

**Article 1- Formation-Durée**

Il est créé une Association de Prévoyance régie par la loi du 1<sup>er</sup> juillet 1901, les articles L. 141-7 et R. 141-1 à R. 141-9 du Code des assurances et tous textes qui viendraient, le cas échéant à les modifier ou les compléter, ainsi que par les présents statuts.

Elle prend la dénomination de **Groupement de Prévoyance Maladie-Accident, "G P M A"**.

Elle est constituée pour une durée illimitée.

**Article 2 - Objet**

L'Association Groupement de Prévoyance Maladie-Accident a pour objet :

- d'étudier et de conseiller ses adhérents sur la mise en place de régimes de prévoyance, santé ou assurance emprunteur ;
- de permettre la mise en place de ces régimes en souscrivant à l'intention de ses adhérents des contrats collectifs d'assurance.
- de défendre les intérêts des adhérents et de les informer en engageant à cet effet toute action de formation, d'information et de communication avec eux et en dehors d'eux pour accueillir de nouveaux membres ;
- de venir en aide à ses adhérents en grande difficulté par l'attribution d'allocations provenant du fonds d'entraide ;
- de participer et soutenir toute activité d'Association, fondation ou autre organisme à but non lucratif ayant pour objet des actions de solidarité principalement dans les domaines de la prévention santé, du handicap, de la recherche médicale et de l'insertion ;
- et plus généralement de prendre toute initiative présentant une utilité directe, indirecte ou complémentaire pour son activité

Et ce par tous moyens et sans visées bénéficiaires.

**Article 3 - Membres- Adhérents**

L'Association se compose de :

- a) membres d'honneur choisis pour l'aide ou les conseils qu'ils peuvent apporter à l'Association ; les demandes d'admission à ce titre seront soumises à l'agrément du Bureau du Conseil d'Administration ;
- b) membres adhérents qui bénéficient des prestations de l'Association et paient à ce titre une cotisation ;
- c) membres adhérents « futurs praticiens en santé » qui bénéficient des prestations de l'Association et sont exonérés du paiement de la cotisation. Cette catégorie comprend :
  - les étudiants « professions doctorales » (médecine, pharmacie, dentaire, sage-femme, vétérinaire) ;
  - les étudiants « professions paramédicales » ;
  - les internes en médecine ;
  - les médecins juniors ;
  - les chefs de clinique des universités - assistants des hôpitaux (CCU-AH) ;
  - les assistants hospitaliers universitaires (AHU) ; et
  - les assistants des hôpitaux (AH).

Ces différentes catégories peuvent comporter des personnes physiques et des personnes morales.

Tout adhérent doit avoir la qualité de membre pour prétendre aux garanties des contrats souscrits par l'Association.

La qualité de membre s'acquiert par adhésion aux présents Statuts et paiement de la cotisation, sauf bénéfice d'une exonération au titre de la qualité de « futur praticien en santé ». Elle se perd par décès, non règlement des cotisations ou dissolution de l'Association. La qualité de membre adhérent se perd également à la fin de l'adhésion aux contrats collectifs d'assurance sur la vie à la suite d'une renonciation, d'un rachat anticipé ou à l'échéance normale

La qualité de membre d'honneur se perd par décès, démission, radiation sur décision du conseil d'administration pour motifs grave ou dissolution de l'association.

La décision est rendue en dernier ressort et n'a pas à être motivée.

Chaque adhérent personne morale, s'il représente plusieurs assurés, sera redevable d'autant de droits d'adhésions qu'il représente d'assurés.

#### **Article 4 - Siège social**

Le Siège Social est fixé à Paris, 2 rue Pillet-Will, 75447 cedex 09. Il peut être transféré en tout autre lieu sur décision du Conseil d'Administration ratifiée par la plus prochaine Assemblée Générale Ordinaire.

### **ADMINISTRATION**

#### **Article 5 - Conseil d'Administration**

Le Conseil d'Administration se compose de neuf membres au moins et de dix-huit membres au plus, tous élus par l'Assemblée Générale des adhérents. Les Administrateurs sont élus pour une durée de trois ans et sont rééligibles. Les Administrateurs peuvent être désignés par cooptation par délibération du Conseil d'Administration, sous réserve que le nombre total d'Administrateurs n'excède pas dix-huit membres et sous réserve de la ratification de la cooptation par la plus prochaine Assemblée Générale.

Le Conseil est composé, pour plus de la moitié, de membres ne détenant ou n'ayant détenu au cours des deux années précédant leur désignation aucun intérêt ni aucun mandat dans les organismes d'assurance signataires des contrats d'assurance de groupe, et ne recevant ou n'ayant reçu au cours de la même période aucune rétribution de la part de ces mêmes organismes ou sociétés.

Ces Administrateurs peuvent être soit des membres individuels, soit des personnes morales qui désigneront leur représentant permanent.

Nul ne peut être membre du Conseil d'Administration de l'Association ni, directement ou indirectement ou par personne interposée, administrer, diriger ou gérer à un titre quelconque l'Association ni disposer du pouvoir de signer pour le compte de l'Association s'il a fait l'objet de l'une des condamnations ou mesures mentionnées au 1° à 5° de l'article L322-2 du code des assurances.

En cas de vacance pour cause de décès, de démission, d'empêchement définitif, de révocation ou toute autre cause, il peut être pourvu au

remplacement provisoire (cooptation) de l'Administrateur concerné par les soins du Conseil d'Administration. Il est procédé à la ratification des cooptations par la plus prochaine Assemblée Générale. Les pouvoirs des membres ainsi élus prennent fin à l'époque où devrait normalement expirer le mandat des membres remplacés. Si cette ratification est refusée, les décisions prises et les actes accomplis par le Conseil depuis la cooptation et jusqu'à cette Assemblée demeurent valables.

Les fonctions de membre du Conseil d'Administration sont gratuites.

Elles peuvent toutefois donner lieu à un remboursement des frais engagés dans l'intérêt de l'Association sur la base de justificatifs. D'autre part, le Conseil d'Administration peut décider d'allouer à ses administrateurs, dans les limites fixées par l'Assemblée Générale, des indemnités et avantages sans que ceux-ci soient liés directement ou indirectement et de quelque façon que ce soit au volume d'activité de l'Association (cotisations, encours des contrats, nombre d'adhérents, etc.).

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

Tout Administrateur qui n'a pris aucune part aux travaux du Conseil pendant un an pourra être considéré comme démissionnaire, l'intéressé ayant été préalablement invité à présenter les motifs de ses absences.

#### **Article 6 - Le Président du Conseil d'Administration**

L'Association est dirigée par un Président élu par les membres du Conseil d'Administration.

Le Président est responsable de ses décisions devant le Conseil d'Administration. Il représente l'Association dans les conditions fixées par le Conseil d'Administration.

Le Conseil d'Administration peut déléguer tout ou partie de ses pouvoirs au Président de l'Association qui en rend compte régulièrement.

Le Conseil d'Administration et le Président peuvent déléguer à une personne membre du Conseil pour une période déterminée certains de leurs pouvoirs de manière explicite.

Le Conseil d'Administration ou le Président peut à tout moment abroger une délégation de pouvoirs.

En cas d'urgence, le Président prend les décisions nécessaires au bon fonctionnement de l'Association et en informe dans les meilleurs délais les membres du Conseil d'Administration.

### **Article 7 - Bureau**

Chaque année, après l'Assemblée Générale, le Conseil élit parmi ses membres son Bureau composé d'un Président, d'un ou deux Vice-présidents, d'un Secrétaire Général pouvant être choisi en dehors des Administrateurs et d'un Trésorier.

Le Bureau met en œuvre les décisions prises par le Conseil d'Administration. Il se réunit à l'initiative du Président de l'Association en tant que besoin entre deux réunions du Conseil d'Administration.

### **Article 8 - Fonctionnement du Conseil d'Administration**

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

Il peut désigner un ou plusieurs Conseillers Techniques en vue de réunir toute documentation relative à la réalisation technique de l'objet de l'Association. Ces personnes peuvent être choisies en dehors de celles composant le Conseil et éventuellement de l'Association.

Le Secrétaire Général et les Conseillers Techniques assistent aux réunions du Conseil et du Bureau avec voix consultative.

Il peut délibérer quel que soit le nombre des membres présents. Les Administrateurs ne peuvent se faire représenter. Les décisions sont prises à la majorité des Administrateurs présents. En cas de partage, la voix du Président est prépondérante.

Il est tenu procès-verbal des séances du Conseil. Ces procès-verbaux sont signés par le Président et au moins un autre membre du Conseil et consignés dans un registre.

Les réunions du Conseil d'Administration peuvent se tenir par conférence téléphonique, vidéoconférence ou tout autre moyen de communication permettant aux membres du Conseil d'Administration de communiquer et d'échanger des informations et des opinions sur les sujets abordés ainsi que l'identification individuelle des membres. Tous les membres du Conseil d'Administration participant par l'un des moyens de communication susmentionnés seront pris en compte pour le calcul du quorum et de la majorité.

### **Article 9 - Pouvoirs du Conseil d'Administration**

Le Conseil est investi des pouvoirs les plus étendus pour prendre toutes décisions et autoriser la mise en œuvre de toutes opérations en rapport avec l'objet de l'Association et son fonctionnement, dans la limite des prérogatives de l'Assemblée Générale.

Notamment, le Conseil d'Administration a pour attributions :

- d'arrêter les comptes annuels et le budget de l'Association ;
- de signer un ou plusieurs contrats d'assurance, ainsi qu'un ou plusieurs avenants dans la limite de la délégation consentie par l'Assemblée Générale conformément à l'article 12 des présents statuts ; en cas de signature d'un ou de plusieurs contrats d'assurance, ou d'un ou plusieurs avenants, le Conseil d'Administration doit en faire rapport à la plus proche Assemblée ;
- de fixer le montant de la cotisation annuelle d'adhésion à l'Association ;
- d'arrêter les termes du rapport d'activité, moral et financier soumis à l'Assemblée Générale ;
- de déterminer le montant des allocations attribuées en faveur des adhérents au titre du fonds d'entraide ;
- de mettre en place toutes les délégations de pouvoirs nécessaires au bon fonctionnement de l'Association.

L'Association est représentée en Justice et dans tous les actes de sa vie civile par son Président ou un Vice-président ou par toute personne habilitée à cet effet par le Conseil.

### **Article 10- Règlement Intérieur**

Le Conseil, sur proposition du Bureau, peut établir un règlement intérieur précisant et complétant les règles de fonctionnement de l'Association fixées par les présents statuts.

Il est également compétent, sur proposition du Bureau, pour le modifier ou l'abroger.

## ASSEMBLÉES GÉNÉRALES ORDINAIRE ET EXTRAORDINAIRE

### Article 11 : Règles communes à toutes les Assemblées Générales

#### Composition

L'Assemblée Générale est constituée par les membres de l'Association présents ou représentés.

Tout membre à jour de cotisation à la date de clôture de l'exercice comptable précédent, personne physique ou personne morale, a le droit de prendre part aux Assemblées Générales et d'y voter.

Pour l'exercice des droits de vote à l'Assemblée Générale, les adhérents ont la faculté de donner mandat à un autre adhérent, ou à leur conjoint.

Chaque adhérent dispose d'une voix. Les mandataires peuvent remettre les pouvoirs qui leur ont été conférés à d'autres mandataires ou adhérents. Le nombre de pouvoirs dont un même adhérent peut disposer, ne peut dépasser 5 % des droits de vote.

Les mandataires disposent du droit de vote quel que soit le nombre de pouvoirs dont ils disposent.  
Le vote par correspondance n'est pas autorisé.

Si, sur décision du Conseil d'Administration, l'Association a mis en œuvre un mode de vote par voie électronique, tout adhérent, disposant des outils matériels et logiciels requis, peut voter par voie électronique en suivant les procédures et consignes qui lui seront adressées à cet effet.

#### Convocation - Ordre du jour

L'Assemblée Générale est convoquée par le Président du Conseil d'Administration, ou à, défaut par le Conseil, au moins une fois par an dans les six mois de la clôture de l'exercice social.

Sur demande motivée d'au moins 10% des membres de l'Association, le Président du Conseil d'Administration, ou à défaut le Conseil, est tenu de convoquer une Assemblée Générale dans le délai de deux mois à compter de la réception de la demande.

La convocation aux Assemblées Générales est individuelle : elle est effectuée par lettre simple trente jours au moins avant la date fixée pour la réunion de l'Assemblée.

Cette convocation pourra être transmise ainsi que l'ensemble des documents nécessaires par Internet à l'adresse e-mail que l'adhérent aura communiquée à l'Association par le biais du bulletin d'adhésion au contrat d'assurance ou de tout autre document.

La convocation individuelle mentionne l'ordre du jour et contient les projets de résolutions présentés par le Conseil d'Administration ainsi que ceux portés à la connaissance du Conseil d'Administration par cent adhérents au moins au plus tard dans les soixante jours avant la date fixée pour la réunion de l'Assemblée.

Elle peut mentionner également la date à laquelle la seconde Assemblée est convoquée en l'absence de réunion du quorum. Les adhérents pourront s'informer de la tenue ou non de la seconde Assemblée en téléphonant au numéro qui leur sera transmis ou en consultant le site internet.

La convocation indique également le lieu de réunion qui peut se situer dans des locaux en dehors du siège social.

L'Assemblée Générale peut se réunir par conférence téléphonique, vidéoconférence ou tout autre moyen de communication permettant aux membres de communiquer et d'échanger des informations et des opinions sur les sujets abordés ainsi que l'identification individuelle des membres. Tous les membres participant à l'Assemblée Générale par l'un des moyens de communication susmentionnés seront pris en compte pour le calcul du quorum et de la majorité.

#### Quorum - Droits de vote

L'Assemblée Générale ne peut valablement délibérer que si mille adhérents ou un trentième des adhérents au moins sont présents ou représentés.

Si, lors de la première convocation, l'Assemblée n'a pas réuni ce quorum, une seconde Assemblée est convoquée dans le délai de 30 jours.

Elle délibère alors valablement sur le même ordre du jour quel que soit le nombre de ses adhérents présents ou représentés.

Les adhérents devront se munir, pour participer à l'Assemblée de leur convocation ainsi que de tout document, notamment le pouvoir qui leur aura été adressé, justifiant du numéro de contrat d'assurance auquel ils ont souscrit.

Un adhérent peut se faire représenter par un autre membre de l'Association muni d'un pouvoir écrit.

Une feuille de présence est signée par les membres de l'Assemblée en entrant en séance et certifiée par le Président de l'Assemblée.

### Organisation - procès-verbaux

Le Bureau de l'Assemblée Générale est celui du Conseil ; en cas d'absence, il est procédé si nécessaire au remplacement pour la durée de l'Assemblée par décision des membres du Conseil présents au début de la réunion.

L'Assemblée Générale ne peut délibérer que sur les questions inscrites à l'ordre du jour par le Conseil d'Administration à l'exception de la révocation de membre(s) du Conseil pouvant intervenir sur incident de séance. L'ordre du jour comporte le cas échéant les propositions de résolutions présentées par les adhérents dans les conditions précitées.

Les délibérations de l'Assemblée sont constatées par des procès-verbaux inscrits sur un registre spécial et signés par le Président et un membre du Conseil. Les copies ou extraits de ces procès-verbaux sont signés par le Président du Conseil ou par deux Administrateurs. Ils sont tenus à la disposition des adhérents au Siège de l'Association, pour consultation, sous condition de justifier de sa qualité d'adhérent.

### Article 12 - Assemblées Générales Ordinaires

Le Président doit convoquer dans les formes indiquées à l'article 11 une Assemblée Générale Ordinaire Annuelle une fois par an, dans les six mois suivant la clôture des comptes annuels.

L'Assemblée Générale Ordinaire Annuelle entend le rapport du Conseil sur la situation morale et financière de l'Association. Elle est seule compétente pour :

- définir les orientations de l'Association,
- approuver les comptes de l'Association et le rapport de gestion présentant la situation de l'Association et son activité pour l'exercice écoulé et les perspectives au plus tard dans les six mois de sa clôture,
- approuver le montant qui a été fixé par le Conseil d'Administration pour les cotisations des adhérents.

L'Assemblée Générale Ordinaire est compétente pour élire, ratifier et révoquer les Administrateurs.

L'Assemblée Générale Ordinaire a seule qualité pour autoriser la signature d'un ou de plusieurs contrats d'assurance de groupe ou d'un ou de plusieurs avenants à ceux-ci. Elle peut toutefois

déléguer au Conseil d'Administration, par une ou plusieurs résolutions et pour une durée qui ne peut excéder dix-huit mois, le pouvoir de signer un ou plusieurs contrats d'assurance ainsi qu'un ou plusieurs avenants dans des matières que la résolution définit.

Néanmoins, il est précisé que l'assemblée générale a seule qualité pour autoriser la modification des dispositions essentielles du contrat d'assurance de groupe, telles qu'elles sont définies à l'article R141-6 du code des assurances.

Elle est souveraine pour tout ce qui n'est pas de la compétence du Bureau, du Conseil d'Administration ou de l'Assemblée Générale Extraordinaire.

Les décisions prises en Assemblée Générale Ordinaire sont adoptées à la majorité simple des membres présents ou représentés.

### Article 13 - Assemblées Générales Extraordinaires

Sur l'avis du Conseil, ou sur la demande motivée d'au moins 10% des membres de l'Association, le Président du Conseil d'Administration est tenu de convoquer une Assemblée Générale Extraordinaire, dans le délai de deux mois à compter de la réception de la demande.

L'Assemblée Générale Extraordinaire est seule compétente pour apporter des modifications aux statuts. Elle peut également décider la prorogation, la scission ou la fusion avec toute autre Association poursuivant un but analogue ou la dissolution.

Les décisions doivent être prises à la majorité des 2/3 des voix des membres présents ou représentés.

## RESSOURCES - DEPENSES

### Article 14 - Ressources

L'exercice social commence le 1<sup>er</sup> janvier et se termine le 31 décembre de chaque année.

Les ressources de l'Association se composent :

- des cotisations annuelles versées par ses membres conformément aux décisions du Conseil d'Administration ;
- des subventions, ressources ou versements autorisés par les dispositions législatives ou réglementaires en vigueur ;

- des sommes reçues en contrepartie de prestations fournies par l'Association ;
- des produits de ses placements financiers.

### **Article 15 - Dépenses**

Les dépenses de l'Association sont constituées par :

- les allocations attribuées en faveur des adhérents au titre du Fonds d'Entraide ;
- les sommes destinées à faire face aux charges de son fonctionnement ;
- le soutien d'activités à but non lucratif dont l'objet est voisin de celui de l'Association ou peut s'y rattacher ;
- et, en général, toute dépense décidée par le Conseil d'Administration en conformité avec l'objet de l'Association.

Ces dépenses sont ordonnées par le Conseil d'Administration ou par toute personne mandatée à cet effet par le Conseil d'Administration.

### **Article 16- Comptes annuels**

Les comptes annuels sont établis conformément au Plan Comptable Général et à la réglementation en vigueur.

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

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

### **Article 17- Commissaires aux comptes**

L'Assemblée Générale Ordinaire nomme, pour une durée de six exercices, un commissaire aux comptes titulaire et un commissaire aux comptes suppléant, inscrits sur la liste des commissaires aux comptes de la Compagnie Régionale de l'Île de France.

Le commissaire aux comptes exerce sa mission selon les normes et règles de la profession. Il établit un rapport présenté chaque année à l'Assemblée Générale appelée à statuer sur les comptes de l'exercice clos.

### **DISSOLUTION**

### **Article 18 - Dissolution**

En cas de dissolution volontaire ou forcée, l'Assemblée Générale Extraordinaire, délibérant à la majorité des Assemblées Générales Ordinaires, désigne un ou plusieurs Commissaires chargés de la liquidation des biens de l'Association.

Cette Assemblée, statuant alors à la majorité des 2/3 des voix des membres présents ou représentés, détermine souverainement les conditions dans lesquelles les membres de l'Association seront admis, s'il y a lieu, à exercer leur droit de reprise et se prononce sur la dévolution de l'actif net.

