

Conditions générales

Valant note d'information - **A conserver par l'assuré**

Le contrat RESPONSABILIS SANTE est un contrat d'assurance complémentaire santé de type individuel soumis à la législation française et notamment au Code des assurances. L'Organisme assureur de ce contrat est AXERIA Prévoyance.

RESPONSABILIS SANTE est un contrat de type "responsable" c'est-à-dire qu'il s'inscrit dans le cadre du dispositif législatif relatif aux contrats d'assurance complémentaire santé bénéficiant d'une aide, conformément à l'article 57 de la loi n°2004-810 du 13 août 2004 et de ses décrets d'application.

En conséquence, vos garanties et niveaux de remboursement seront automatiquement adaptés en fonction des évolutions législatives et réglementaires régissant les "Contrats responsables".

Si vous exercez une activité non salariée non agricole et souhaitez bénéficier du dispositif fiscal "Madelin" (loi n° 94-0126 du 11/02/1994 et ses décrets d'application), votre souscription s'inscrira dans le cadre d'une adhésion à la convention groupe à adhésion facultative conclue entre l'Association des Assurés d'APRIL et AXERIA Prévoyance.

Votre adhésion au contrat RESPONSABILIS SANTE est constituée par votre demande d'adhésion, les présentes conditions générales et votre Certificat d'adhésion.

Pour vous faciliter la compréhension, chaque terme ou expression comportant une majuscule est défini au Lexique.

1. A qui s'adresse ce contrat ? _____

Pour bénéficier de ce contrat, vous devez :

- résider en France (**à l'exclusion des Territoires d'Outre-Mer**),
- relever d'un régime d'assurance maladie français,
- ne pas avoir dépassé le 31 décembre de votre 65^{ème} anniversaire.

2. Quel est l'objet de ce contrat ? _____

Il prend en charge le remboursement des frais médicaux et chirurgicaux engagés par les Bénéficiaires dans la limite des garanties et du niveau que vous avez choisis.

3. Que prend-il en charge ? _____

Ce contrat prend en charge le remboursement des dépenses de santé médicalement prescrites à caractère thérapeutique, ayant fait l'objet d'un remboursement préalable au titre d'un Régime obligatoire, sauf dispositions contraires figurant au tableau des garanties.

Ces dépenses de santé doivent correspondre à des actes réalisés durant la période de validité de votre adhésion.

Les garanties s'exercent dans le monde entier dès lors qu'il y a prise en charge par le Régime obligatoire du Bénéficiaire, sauf dispositions contraires prévues au tableau des garanties.

Les garanties sont exprimées en pourcentage du Tarif de convention ou du Tarif d'autorité ou de toute autre participation fixée par la réglementation Sécurité sociale en vigueur à la date des soins.

Pour les actes conventionnés ou non conventionnés concernés par la nouvelle nomenclature CCAM, les garanties exprimées en pourcentage du Tarif de Convention, du Tarif d'Autorité, du Tarif de Responsabilité ou du Tarif Forfaitaire de Responsabilité désignent des remboursements en pourcentage de la Base de Remboursement du Régime Obligatoire.

Si les remboursements de votre Régime obligatoire venaient à être modifiés en cours d'année, l'Organisme assureur pourrait conserver la base de remboursement qui était la sienne en valeur absolue avant cette modification.

Les remboursements sont toujours effectués poste par poste selon le niveau que vous avez choisi, conformément au tableau

des garanties et déduction faite du remboursement de votre Régime obligatoire ou de tous autres organismes.

Le cumul des divers remboursements obtenus par un Bénéficiaire ne peut excéder la dépense réelle.

Lorsque le tableau des garanties mentionne l'existence d'un plafond de remboursement, celui-ci s'entend par Année d'adhésion et par Bénéficiaire.

Concernant plus particulièrement :

L'hospitalisation :

• **Les séjours hospitaliers en secteur non conventionné** sont remboursés sur la base de 100% de la Base de remboursement du Régime obligatoire.

• **Garantie maison de repos et assimilés :**

Sont pris en charge au titre de cette garantie:

- les séjours en établissements climatiques, de rééducation, de réadaptation et de diététique, les cures (**à l'exclusion de la thalassothérapie**) avec hospitalisation, les frais de maisons de repos, d'enfants, de convalescence, de moyens séjours ou assimilés,
- les séjours relatifs à la désintoxication alcoolique, médicamenteuse, de stupéfiants et substances analogues,

Cette garantie comprend le forfait journalier mais **exclut toute prise en charge de la chambre particulière.**

La psychiatrie :

• **Les consultations de neuropsychiatrie, de psychiatrie et assimilées réalisées "hors parcours de soins coordonnés" sont prises en charge dans la limite de 3 consultations maximum par Année d'adhésion et par Bénéficiaire.**

• Toute hospitalisation pour motif psychiatrique en établissements conventionnés est prise en charge **dans la limite de 60 jours par Année d'adhésion** sur la base de 100% du Tarif de convention y compris le forfait journalier **à l'exclusion de la chambre particulière.**

Les prestations de prévention :

Votre contrat prend en charge l'ensemble des prestations de prévention prévues à l'article R 871-2 du Code de la Sécurité sociale et définies par arrêté du 8 juin 2006, **à l'exception des vaccinations qui ne sont pas prises en charge si vous avez souscrit le Niveau Eco.**

Le dentaire :

• **Les frais de prothèses dentaires et d'orthodontie donnant lieu à cotation mais non remboursées** par la Sécurité sociale sont pris en charge sur la base du Tarif de convention.

• **Forfait soins dentaires hors nomenclature :**

Sont prises en charge au titre de cette garantie les dépenses d'implants, d'actes de parodontologie ou de prévention des caries **dans la limite d'un seul forfait par Bénéficiaire et par Année d'adhésion**

L'optique :

Sont pris en charge au titre de cette garantie, les verres, montures, lentilles et les frais de traitement de la myopie par opération laser, **dans la limite d'un seul forfait par Bénéficiaire et par Année d'adhésion.**

Les forfaits :

• **Forfait cure thermale :**

Sont pris en charge au titre de cette garantie les frais de cure thermale pris en charge par votre Régime obligatoire, **à l'exclusion de tout autre frais**, tels que les frais de transport ou les soins annexes à la cure thermale. **Il n'est versé qu'un seul forfait par Bénéficiaire et par**

APRIL ASSURANCES

Immeuble Aprilium

1 14 boulevard Marius Vivier Merle

69439 LYON Cedex 03

Conditions générales

Valant note d'information - **A conserver par l'assuré**

Année d'adhésion.

• Forfait naissance/adoption :

Est versé au titre de cette garantie un forfait en cas de naissance ou d'adoption d'un enfant. Ce forfait est versé au Bénéficiaire pour la naissance ou l'adoption d'un enfant et doublé en cas de naissances multiples. **Il exclut le remboursement de tout autre frais**, sauf les dépassements d'honoraires en cas d'intervention chirurgicale ou de complication pathologique et le supplément chambre particulière, qui sont remboursés selon les garanties du niveau choisi.

Si l'Adhérent et son Conjoint sont Bénéficiaires, il n'est versé qu'un seul forfait.

4. Que faut-il faire pour obtenir vos remboursements ?

4.1 : Les documents à nous adresser :

Pour toutes les prestations pour lesquelles vous bénéficiez de la télétransmission, vos remboursements s'effectueront automatiquement. Dans les autres cas, vous devrez adresser à APRIL Assurances dans les 3 mois qui suivent l'indemnisation par votre Régime obligatoire :

- les décomptes originaux du régime obligatoire,
- les notes ou factures acquittées détaillant les actes et prestations réalisés,
- les décomptes établis par les éventuels autres organismes,

Pour bénéficier du forfait naissance vous devrez nous transmettre une copie de votre livret de famille dans les trois mois qui suivront la naissance et l'adoption de l'enfant.

4.2 : Les modalités de remboursement :

Les prestations sont toujours remboursées en France et en euros.

En cas de sinistre provoqué par un tiers responsable, l'Organisme assureur est subrogé dans vos droits c'est-à-dire qu'il va exercer son recours contre le tiers responsable à concurrence des prestations et indemnités qui auront été versées.

APRIL Assurances pourra demander au Bénéficiaire ayant perçu des remboursements, tout renseignement ou document qu'elle jugera utile pour l'appréciation du droit aux prestations. Si ces renseignements ou documents ont un caractère médical, le Bénéficiaire pourra les adresser sous pli confidentiel au Médecin Conseil d'APRIL Assurances.

APRIL Assurances se réserve le droit de faire expertiser le Bénéficiaire par un médecin de son choix, à tout moment.

Pour cela, sous peine de déchéance de garantie, les médecins désignés par APRIL Assurances doivent avoir libre accès auprès du Bénéficiaire afin de pouvoir constater son état. A défaut, le service des prestations sera suspendu ou supprimé.

En cas d'accident ou de maladie atteignant le Bénéficiaire hors de France, celui-ci est tenu de faire élection de domicile en France pour les expertises et contestations d'ordre médical ou pour toute action judiciaire survenant à l'occasion d'un sinistre.

En cas de contestation d'ordre médical, chacune des parties désigne un médecin. Si les médecins ainsi désignés ne sont pas d'accord, ils s'adjoignent un troisième médecin. Les trois médecins opèrent en commun accord et à la majorité des voix.

Faute par l'une des parties de nommer son médecin, ou par les deux médecins de s'entendre sur le choix du troisième, la désignation est effectuée par le Président du tribunal compétent. Dans la première éventualité, la nomination a lieu sur simple requête de la partie la plus diligente faite au plus tôt 15 jours après l'envoi à l'autre partie d'une lettre recommandée de mise en demeure avec avis de réception : s'il y a lieu, la désignation du troisième médecin est faite par le Président du

Tribunal statuant en référé.

Les parties s'interdisent d'avoir recours à toute action en justice pour le règlement du litige tant que le troisième médecin désigné, soit à l'amiable soit par référé, n'a pas déposé de rapport provisoire ou définitif, (à moins que trois mois ne soient écoulés depuis sa nomination), sous réserve du délai éventuellement fixé par le Président du Tribunal.

Chaque partie paie les frais et honoraires de son médecin et, s'il y a lieu, la moitié des honoraires du troisième médecin et de ses frais de nomination.

5. Ce que votre contrat ne prend pas en charge

Sont exclus des garanties :

- les séjours en gérontologie, en Instituts Médico Pédagogiques et établissements similaires,
- les centres hospitaliers et assimilés pour personnes âgées dépendantes et les hospitalisations en longs séjours,
- les soins esthétiques, les cures de toutes natures (sauf dispositions prévues à l'article 3), la thalassothérapie,
- les hospitalisations pour motifs psychiatriques en établissements non conventionnés.

En outre, votre contrat ayant la qualité de "Contrat Responsable" il ne prendra jamais en charge :

la participation forfaitaire légale qui reste à la charge des assurés sociaux, la diminution du remboursement du régime obligatoire et les dépassements d'honoraires consécutifs :

- au non respect du parcours de soins coordonné,
- au refus par l'assuré social d'autoriser le professionnel de santé d'accéder à son dossier médical personnel (DMP).

6. A partir de quand et pour combien de temps êtes-vous garanti ?

Votre adhésion au contrat est soumise à l'acceptation préalable d'APRIL Assurances, concrétisée par l'émission d'un Certificat d'adhésion. Elle est conditionnée par le paiement de la première cotisation.

6.1 - Prise d'effet de vos garanties :

Vos garanties prennent effet à la date indiquée sur votre Certificat d'adhésion. Cette date ne peut jamais être antérieure à la date de réception de votre demande d'adhésion par APRIL Assurances.

Si vous avez souscrit votre contrat par Internet :

Vous avez la possibilité de renoncer à votre adhésion par lettre recommandée avec avis de réception adressée à APRIL Assurances Service Adhésion santé Immeuble Aprilium, 114 boulevard Marius Vivier Merle, 69439 LYON Cedex 03 dans un délai de 14 jours à compter de la date de remise du Certificat d'adhésion et des présentes conditions générales valant note d'information sur support papier ou tout autre support durable.

Les garanties cessent à la date de réception de la lettre de renonciation et APRIL Assurances vous remboursera les cotisations déjà versées à l'exception de celles correspondant à la période de garantie déjà écoulée.

Pour ce faire, vous pouvez utiliser le modèle de lettre ci-après :

"Je soussigné(e) M..... (nom, prénom, adresse) déclare renoncer

Conditions générales

Valant note d'information - **A conserver par l'assuré**

à mon adhésion au contrat "RESPONSABILIS Santé"

n° que j'avais souscrit à distance le

Fait à le signature

6.2 - Durée de vos garanties :

Votre contrat a une durée annuelle et se renouvelle par tacite reconduction, à chacune de ses échéances, c'est-à-dire au 31 décembre de chaque année.

Vos garanties sont viagères dès la date d'adhésion, c'est-à-dire que l'Organisme assureur ne pourra résilier votre contrat sauf dans les cas mentionnés au paragraphe "Cessation de vos garanties".

6.3 - Cessation de vos garanties :

Les garanties et le droit aux prestations cessent dès la résiliation de votre contrat dans les cas suivants :

A votre initiative :

- à **chacune de ses échéances** par l'envoi d'un courrier recommandé adressé à APRIL Assurances au plus tard le 31 octobre de chaque année,
- à réception de votre avis d'échéance annuel et notamment en cas d'augmentation de la cotisation ou des "frais de gestion des prestations". Vous avez la possibilité de résilier votre contrat par lettre recommandée adressée à APRIL Assurances dans un délai de 20 jours suivant la date d'envoi de l'avis d'échéance (date figurant sur la cachet de la poste). La résiliation prend effet à la date de réception par APRIL Assurances de la lettre recommandée et au plus tard le 31 janvier de l'année en cours. La cotisation reste due pour la période de garantie entre la date d'échéance et la date d'effet de la résiliation.

A l'initiative de l'Organisme assureur :

- en cas de non-paiement de vos cotisations selon les modalités prévues au paragraphe "Votre cotisation",
- en cas d'omission ou inexactitude dans la déclaration du risque lors de votre adhésion ou en cours de contrat,
- et pour chaque Bénéficiaire, dès lors qu'il cesse d'appartenir à l'effectif assurable.

Si vous êtes Adhérent à la convention groupe, en cas de dénonciation de cette convention par l'Organisme assureur ou l'Association des Assurés d'APRIL, ou en cas de cessation d'activité de cette dernière, vous en serez informé par l'Association et **l'Organisme assureur vous maintiendra le bénéfice de vos garanties.**

De même, en cas de démission de l'Association, votre contrat prendra alors automatiquement fin au 31 décembre de l'année de la prise d'effet de la démission.

7. Votre cotisation

Votre cotisation à l'adhésion est fonction du niveau que vous avez choisi, de la composition de la famille assurée, du Régime obligatoire, de la zone géographique du domicile et de l'âge à l'adhésion de l'Adhérent.

Pour les adhésions en couple, la cotisation est fonction de l'âge à l'adhésion du Conjoint s'il est plus jeune que l'Adhérent.

Votre âge ou celui de votre Conjoint est toujours déterminé par différence de millésimes entre l'année en cours et l'année de naissance. En cas de modification du niveau de garantie souscrit suite à une demande de l'Adhérent, il sera tenu compte pour le calcul de la cotisation, de l'âge de l'Adhérent à la date de prise d'effet de ladite modification. Les taxes actuelles à la charge des Adhérents sont comprises dans la cotisation. Tout changement du taux de ces taxes entraînera une modification du montant de la cotisation.

7.1 - Evolution de votre cotisation :

Votre cotisation évolue contractuellement de 2 % chaque année, jusqu'aux 65 ans de l'Adhérent et de 3 % chaque année, au-delà de cet âge. A ces taux, peut s'ajouter une révision de la cotisation en fonction des

évolutions des charges et dépenses de santé.

Les augmentations de cotisations ont lieu chaque année au 1^{er} janvier, ou éventuellement en cours d'année si la participation à la charge des assurés sociaux venait à être augmentée par une réglementation ultérieure de la Sécurité sociale, ou en cas de modification dans la situation des Bénéficiaires (la nouvelle cotisation prenant effet à la date d'effet de ladite modification).

7.2 - Paiement de votre cotisation :

La cotisation est payable d'avance annuellement. Elle peut faire l'objet d'un fractionnement semestriel, trimestriel ou mensuel, selon le mode de paiement que vous avez choisi.

A défaut du paiement d'une cotisation dans les 10 jours de son échéance, APRIL Assurances vous adressera une lettre recommandée de mise en demeure. Celle-ci entraînera la suspension des garanties 30 jours plus tard.

Après un nouveau délai de 10 jours, APRIL Assurances résiliera de plein droit le contrat et pourra réclamer le paiement des cotisations restant dues.

En cas de mise en demeure pour non-paiement, la cotisation deviendra exigible pour l'année entière, conformément au Code des assurances.

En cas de paiement du montant qui figure sur la lettre de mise en demeure, après suspension des garanties et avant résiliation, les garanties reprendront effet à midi, le lendemain du jour du paiement.

8. Les informations que vous devez porter à la connaissance d'APRIL Assurances

Votre contrat est établi d'après les déclarations que vous avez faites lors de votre adhésion et pendant la durée de votre contrat.

Ainsi, en cours de contrat, Vous devez déclarer à APRIL Assurances par écrit dès que Vous en avez connaissance, tout changement intervenu dans votre situation ou celle de l'un de vos Bénéficiaires, tels que changement de Régime obligatoire, de situation professionnelle et/ou familiale et de domicile.

Si la modification entraîne un changement du montant de la cotisation, Vous avez trente (30) jours pour accepter ou refuser cette proposition. En cas de refus, la résiliation du contrat prendra effet au terme de cette période de trente (30) jours.

En cas de changement d'adresse postale et/ou électronique, vous devez en avertir APRIL Assurances dans les plus brefs délais. A défaut, les courriers transmis à la dernière adresse connue produiront tous leurs effets.

Attention : Toute omission, réticence, fausse déclaration intentionnelle ou non dans les informations qui seront fournies à APRIL Assurances et notamment dans la déclaration d'un sinistre, vous expose à une déchéance de garanties et à la résiliation de votre contrat.

9. Prescription

Toute action dérivant de votre adhésion au contrat est prescrite dans un délai de deux (2) ans à compter de l'événement qui y donne naissance. Le délai de réclamation sur les dossiers réglés est de six (6) mois. La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption ou par l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par l'Adhérent à APRIL Assurances en ce qui concerne le règlement des prestations, et par APRIL Assurances à l'Adhérent en ce qui concerne le paiement des cotisations.

10. Que faire en cas de réclamations

En cas de difficultés dans l'application de votre contrat, nous vous recommandons de vous adresser à votre assureur conseil habituel. Si

Conditions générales

Valant note d'information - **A conserver par l'assuré**

un différend éventuel persiste après réponse, vous pouvez adresser votre réclamation écrite au Service Clients – APRIL Assurances – Immeuble Aprilium - 114 boulevard Marius Vivier Merle - 69439 LYON Cedex 03.

Si malgré tout, la réponse apportée ne vous donnait pas satisfaction, vous pourrez demander l'avis du médiateur, sans préjudice de votre droit à agir en justice. Les coordonnées du médiateur sont communiquées sur simple demande à l'adresse ci-dessus.

11. La gestion administrative de votre contrat

Celle-ci est confiée à APRIL Assurances située Immeuble Aprilium, 114 boulevard Marius Vivier Merle, 69439 LYON Cedex 03 (RCS Lyon 428 702 419 – n°ORIAS 07 002 609).

A cet effet, l'ensemble des documents visé aux présentes ou autres correspondances relatives à votre adhésion doivent être transmis à APRIL Assurances.

En communiquant à APRIL Assurances votre adresse électronique, vous acceptez que les informations relatives à l'exécution de votre contrat vous soient transmises à cette adresse. Vous pouvez à tout moment, par écrit, demander à APRIL Assurances de cesser ce mode de communication.

Dans le cadre du versement de vos prestations, APRIL Assurances appliquera des frais de gestion pour chaque acte de soins remboursés au titre des garanties du contrat à hauteur de 1,50 € par acte de soins remboursé.

Si plusieurs actes de soins sont réalisés le même jour, les frais de gestion ne seront appliqués qu'une seule fois au titre du premier acte de soin remboursé.

Si l'acte de soin réalisé donne lieu à un remboursement par APRIL Assurances inférieur à 1,50 €, les frais appliqués seront limités au montant du remboursement.

Le montant des frais de gestion appliqués est indiqué sur chaque relevé de prestation.

Ces frais de gestion sont dus par l'Adhérent à APRIL Assurances et réglés par voie de compensation sur le montant des prestations à payer.

Ces frais de gestion pourront évoluer au 1^{er} janvier de chaque année. Ils seront alors mentionnés sur l'avis d'échéance annuel. En cas de refus, l'Adhérent aura la possibilité de résilier son contrat dans les conditions définies à l'article "Cessation de vos garanties".

Lexique

Accident :

Toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'Assuré, provenant de l'action soudaine d'une cause extérieure.

Adhérent :

Personne physique ayant souscrit le contrat RESPONSABILIS SANTE dans le cadre d'une souscription individuelle ou collective.

Il est également désigné par le terme "Vous" dans les présentes conditions générales.

Année d'adhésion :

Période d'un an qui sépare deux dates anniversaires de la prise d'effet des garanties. Le point de départ de cette période est la date d'effet de l'adhésion portée au Certificat d'adhésion pour chaque Bénéficiaire.

Association des Assurés d'APRIL :

Association loi 1901, située 69439 LYON Cedex 03, dont l'objet social est d'étudier, de souscrire et de promouvoir au profit de ses Adhérents, tout type d'assurance autorisée par la loi, sous la forme d'assurance collective et dont le risque est assuré par des organismes d'assurance habilités, relevant soit du Code des assurances, soit du Code de la mutualité ou encore du Code de la Sécurité sociale.

Axeria Prévoyance :

AXERIA Prévoyance est une Compagnie d'assurance vie au capital de 15 000 000 euros, située 83/85 Boulevard Vivier Merle 69487 Lyon Cedex 03, RCS Lyon 350.261.129, soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle des Assurances et des Mutuelles (ACAM : 61 rue Taitbout, 75009 PARIS).

Base de Remboursement :

Tarif de base déterminé par la Sécurité sociale française et pris en compte pour le calcul du remboursement des actes médicaux effectués par des praticiens conventionnés ou non conventionnés.

Bénéficiaire :

L'Adhérent et éventuellement son Conjoint et leurs enfants, ayant droit aux prestations en nature d'un régime d'Assurance Maladie Obligatoire français, admis à l'assurance. Ils sont alors inscrits au Certificat d'adhésion.

Certificat d'adhésion :

Document remis à l'Adhérent confirmant l'adhésion au présent contrat et qui précise pour chacun des bénéficiaires les garanties souscrites, le niveau choisi et leurs dates d'effet.

Conjoint :

L'époux ou l'épouse de l'Adhérent, non divorcé ni séparé de corps par un jugement définitif, le (a) concubin(e) déclaré(e) ou le co-signataire d'un Pacte Civil de Solidarité avec l'Adhérent.

Délai d'Attente :

Période durant laquelle les garanties ne sont pas encore en vigueur. Le point de départ de cette période est la date d'effet de l'adhésion portée au Certificat d'adhésion.

Maladie :

Altération de la santé constatée par une autorité médicale.

Toutefois, sont considérées comme des maladies et non comme des Accidents, les affections aiguës ou chroniques telles que lumbagos, tour de reins, sciatiques, déchirures, entorses, hernies (sauf si ces affections sont la conséquence directe d'un accident caractérisé).

Régime obligatoire :

Le régime de Sécurité sociale français auquel est affilié le Bénéficiaire.

TA (Tarif d'Autorité) :

Base de remboursement du régime obligatoire établie entre la Sécurité sociale française et les fédérations des différents praticiens pour un médecin non conventionné.

TC (Tarif de Convention) :

Base de remboursement du régime obligatoire établie entre la Sécurité sociale française (base Métropole) et les fédérations des différents praticiens pour un médecin conventionné.

TFR (Tarif Forfaitaire de Responsabilité) :

Base de remboursement du Régime obligatoire calculée sur la base d'un tarif de référence applicable à certains médicaments, dont la liste est établit par Arrêté ministériel.

TM (Ticket Modérateur) :

Différence entre la base de remboursement de la Sécurité sociale et la part prise en charge par le régime obligatoire.

TR (Tarif de Responsabilité) :

Cela vise :

- le Tarif Convention si l'on parle de soins réalisés par un praticien conventionné,
- le Tarif d'Autorité si l'on parle de soins réalisés par un praticien non conventionné.