

CONDITIONS GÉNÉRALES

SANTÉ TNS

Notice d'information du(des) Contrat(s) Collectif(s) N° XXXX
(valant Conditions Générales)



ENTORIA
Assurez-vous d'entreprendre

Sommaire	
.....	1
Chapitre 1 DISPOSITIONS GENERALES	2
Article 1.1 PREAMBULE	2
Article 1.2 OBJET DU CONTRAT	3
Article 1.3 TERRITORIALITÉ	3
1.3.1 Lieu de résidence	3
1.3.2 Territorialité des garanties :	3
Article 1.4 RESILIATION DU CONTRAT	3
Article 1.5 BASES LEGALES	3
1.5.1 Incontestabilité	4
1.5.2 Prescription	4
1.5.3 Protection des Données Personnelles	4
1.5.4 Réclamation – Médiation	5
1.5.5 Lutte anti-blanchiment des capitaux et contre le financement du terrorisme	5
1.5.6 Clause sanction	5
Article 1.6 BENEFICIAIRES	5
Chapitre 2 ADHESION	6
Article 2.1 CARACTERE FACULTATIF.....	6
Article 2.2 ADHESION	6
2.2.1 Modalités d’adhésion.....	6
2.2.2 Garanties.....	6
2.2.3 Structure de cotisations	6
Article 2.3 EFFET ET RENOUELEMENT DE L’ADHESION	6
Article 2.4 MODIFICATION DE L’ADHESION.....	6
Article 2.5 MODIFICATION DU NIVEAU DE GARANTIE	7
Article 2.6 RESILIATION DE L’ADHESION	7
2.6.1 Résiliation par l’adhérent	7
2.6.2 Résiliation par l’Assureur.....	7
2.6.3 Effets de la résiliation.....	7
Article 2.7 FIN DE L’ADHESION	7
Article 2.8 NULLITE DE L’ADHESION.....	7
Article 2.9 OBLIGATIONS DE L’ADHERENT.....	7
2.9.1 Responsabilité de l’adhérent.....	7
2.9.2 Cartes de Tiers Payant.....	8
Article 2.10 RENONCIATION	8
2.10.1 Conclusion de l’adhésion à distance.....	8
2.10.2 Démarchage à domicile.....	8
2.10.3 Modèle de lettre de renonciation	8
Article 2.11 SIGNATURE ELECTRONIQUE ET CONVENTION DE PREUVE.....	8
Article 2.12 MODALITES DE COMMUNICATION.....	8
Chapitre 3 AFFILIATION DES AYANTS DROIT	8
Article 3.1 MODALITES D’AFFILIATION DES AYANTS DROIT	8
Article 3.2 DEBUT DES GARANTIES A L’EGARD DE CHAQUE AYANT DROIT.....	8
Article 3.3 FIN DES GARANTIES A L’EGARD DE CHAQUE AYANT DROIT.....	9
Chapitre 4 GARANTIES ET PRESTATIONS	9
Article 4.1 TERMINOLOGIE.....	9
Article 4.2 OBJET DES GARANTIES	9
4.2.1 Actes non conventionnés	10
4.2.2 Forfait journalier	10
4.2.3 Frais de séjour.....	10
4.2.4 Chambre particulière	10
4.2.5 Maternité.....	10
4.2.6 Cure thermale	10

4.2.7 Dentaire	10
4.2.8 Optique	10
4.2.9 Audiologie	10
Article 4.3 OUVERTURE DU DROIT AUX PRESTATIONS	10
Article 4.4 REGLEMENT DES PRESTATIONS	10
Article 4.5 PLURALITE D’ASSUREURS.....	11
Article 4.6 CONTRÔLE.....	11
Article 4.7 SUBROGATION	11
Chapitre 5. COTISATIONS	11
Article 5.1 DETERMINATION DES TAUX DE COTISATIONS.....	11
Article 5.2 DETERMINATION DES FRAIS DE GESTION.....	11
Article 5.3 ASSIETTE DES COTISATIONS	11
Article 5.4 MODALITES DE PAIEMENT	11
Article 5.5 NON-PAIEMENT DES COTISATIONS PAR L’ADHERENT.....	11
Article 5.6 INDEXATION ET MAJORATION DES COTISATIONS.....	12
Article 5.7 REVISION DES COTISATIONS.....	12

Chapitre 1 DISPOSITIONS GENERALES

Article 1.1 PREAMBULE

Dans le texte ci-après, le terme :

- « **Contrat** » ou « **Contrat- Cadre** » : désigne le contrat collectif à adhésion facultative conclu entre le Souscripteur et l’Assureur régi par les articles L.141-1 et suivants du Code des assurances ;
- « **Souscripteur** » : désigne l’association Entrepreneurs & Go TNS, souscripteur du Contrat ;
- « **Assureur** » : désigne l’organisme désigné à l’article 1 du Certificat d’Adhésion ;
- « **Adhérent** » : désigne le travailleur non salarié ou mandataire social, en activité et n’étant pas en situation de cumul Emploi-Retraite :
 - **Gérant majoritaire** : désigne le commerçant ou l’artisan, travailleur non salarié, exerçant en société, affilié en prévoyance (décès – arrêt de travail) au RSI/SSI commerçant ou artisan, membre de l’association souscriptrice Entrepreneurs & Go TNS et « affilié/assuré » au Contrat, après acceptation de l’Assureur,
 - **Mandataire social** : désigne le président de SAS ou de SASU, ou le gérant minoritaire ou égalitaire de SARL, bénéficiant des prestations en nature de la Sécurité sociale, membre de l’association souscriptrice Entrepreneurs & Go TNS et « affilié/assuré » au Contrat, après acceptation de l’Assureur,
 - **Indépendant** : désigne le commerçant ou l’artisan en nom propre, affilié en Prévoyance (décès – arrêt de travail) au RSI/SSI, membre de l’association souscriptrice Entrepreneurs & Go TNS, et « affilié/assuré » au Contrat, après acceptation de l’Assureur,
 - **Libéral** : désigne le Travailleur non salarié exerçant en nom propre ou en société, affilié en Prévoyance (décès – arrêt de travail) à une caisse CIPAV, CRN, CAVAC, CAVAMAC, CAVOM ou CNBF, membre de l’association souscriptrice Entrepreneurs & Go TNS, et « affilié/assuré » au Contrat, après acceptation de l’Assureur,
 - **Médical** : désigne le professionnel médical exerçant son activité à titre libéral, affilié en Prévoyance (décès – arrêt de travail) à une Caisse CARMF, CARCDSF, CARPV, CAVP, membre de l’association souscriptrice Entrepreneurs & Go TNS, et « affilié/assuré » au Contrat, après acceptation de l’Assureur ;
Peuvent adhérer au contrat les travailleurs non-salariés en activité exerçant une des professions suivantes :

- Chirugiens-dentistes,
- Médecins-chirurgiens,
- Médecins généralistes,
- Médecins spécialistes,
- Pharmaciens,
- Sages femme,
- Vétérinaires.
- **Paramédical** : désigne le professionnel paramédical exerçant son activité à titre libéral, en société ou en nom propre, affilié en prévoyance (décès – arrêt de travail) à une Caisse CARPIMKO, RSI/SSI ou CIPAV, membre de l'association souscriptrice Entrepreneurs & Go TNS, et « affilié/assuré » au Contrat, après acceptation de l'Assureur,
- **Agricole** : désigne le travailleur non salarié agricole, en nom propre ou en société, affilié en Prévoyance (décès – arrêt de travail) à la Caisse MSA, membre de l'association souscriptrice Entrepreneurs & Go TNS, et « affilié/assuré » au Contrat, après acceptation de l'Assureur.
- **Artiste-Auteur** : désigne le travailleur non salarié titulaire d'un numéro SIRET, affilié à l'AGESSA ou à la MDA, affilié au RSI/SSI ou à la Sécurité sociale, membre de l'association souscriptrice Entrepreneurs & Go TNS, et « affilié/assuré » au contrat, après acceptation de l'Assureur.
 - Peuvent adhérer au Contrat les travailleurs non-salariés en activité exerçant une des professions suivantes :
 - Dessinateur, peintre,
 - Illustrateur,
 - Maquettiste, décorateur,
 - Graveur,
 - Sculpteur,
 - Plasticien,
 - Tapissier,
 - Graphiste,
 - Céramiste,
 - Ecrivain,
 - Illustrateur littéraire,
 - Auteur ou compositeur de musique,
 - Auteur cinéma ou audiovisuel,
 - Photographe (à l'exclusion des reporters photographes).
- **« Courtier conseil »** : désigne le courtier au sens de l'article R.511-1 du Code des assurances exerçant une activité d'intermédiation dans les conditions prévues aux articles L.511-1 et suivants du même code et procédant à la distribution du Contrat ;
- **« Age »** : Le calcul de l'âge se fait toujours par différence de millésime. Lorsqu'il est fait mention d'un âge entraînant l'ouverture ou la cessation de garantie ou prestation, il convient de considérer cet âge comme atteint au jour de l'anniversaire de l'Assuré ;
- **« Gestionnaire »** : désigne ENTORIA, mandaté par le Souscripteur pour la souscription du contrat, et par l'Assureur pour la gestion de celui-ci ;
- **« Certificat d'Adhésion »** : désigne les conditions particulières retenues par l'adhérent dans le cadre de l'adhésion au présent Contrat ;
- **« Régime obligatoire »** : désigne le régime obligatoire français auquel est affilié l'Assuré.

Lorsque des termes utilisés dans le texte du présent Contrat ne sont pas définis mais sont susceptibles d'avoir un sens spécifique dans le domaine de l'assurance, ces termes seront interprétés conformément à ce sens spécifique.

Article 1.2 OBJET DU CONTRAT

Le présent Contrat est un contrat d'assurance collectif à adhésion

facultative régi par le Code des assurances. Il relève des branches Accidents (1) et Maladie (2) prévues par le Code des assurances.

Le présent Contrat a pour objet la mise en œuvre de la garantie « Remboursement des frais de santé » en complément du Régime obligatoire, souscrite en faveur de l'ensemble des assurés répondant aux conditions d'admission du chapitre « ADHÉSION ET AFFILIATION », dans la limite des garanties et du niveau choisi par l'adhérent.

Article 1.3 TERRITORIALITÉ

1.3.1 Lieu de résidence

Sont admissibles aux garanties du Contrat, les Assurés, personnes physiques **résidant fiscalement en France et domiciliés en France métropolitaine ou à la Réunion**.

1.3.2 Territorialité des garanties :

Les garanties s'appliquent pour les soins ou traitements pratiqués en France métropolitaine et à la Réunion.

Les soins et traitements pratiqués à l'étranger ne sont pas pris en charge par l'Assureur sauf lorsqu'ils ont dû être exécutés à l'étranger en cas d'urgence **au cours d'un séjour ou voyage de moins de 3 mois** consécutifs en quelque pays que ce soit. En tout état de cause, cette prise en charge ne peut intervenir que dans la mesure où le Régime obligatoire a lui-même pris en charge les frais considérés et selon la codification qu'il a appliquée.

Les garanties du Contrat s'appliquent aux assurés qui travaillent en France mais résident dans un pays frontalier à la France, affiliés au Régime obligatoire, pour les soins pratiqués dans leur pays de résidence. **Ces soins sont alors pris en charge sur la base des barèmes qui ont servis de base au remboursement du Régime obligatoire français.**

Article 1.4 RESILIATION DU CONTRAT

En cas de résiliation du Contrat par l'Assureur ou le Souscripteur, le Souscripteur a la possibilité de transférer toutes les adhésions en cours à la date d'effet de la résiliation du Contrat auprès d'un nouvel assureur, à garanties et conditions strictement identiques. Dans ce cas, les adhésions en cours à la date d'effet de la résiliation du Contrat continuent à produire leurs effets. Aucune nouvelle adhésion sur ce Contrat n'est possible au-delà de la date d'effet de la résiliation du Contrat ce dernier n'étant plus distribué.

Article 1.5 BASES LEGALES

Le contrat d'assurance de groupe est régi par le Code des assurances.

L'Assureur et le Gestionnaire sont contrôlés par l'autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), 4 Place de Budapest, CS 92459, 75436 PARIS CEDEX 09.

Les déclarations de l'adhérent et des assurés servent de base aux garanties du Contrat.

Ce Contrat satisfait aux conditions exigées par les Pouvoirs publics pour répondre à la définition de :

- **« contrat solidaire »**

Par « contrat solidaire », on entend un contrat frais de santé dont les cotisations ne sont pas fixées en fonction de l'état de santé de l'affilié et pour lequel l'affiliation des salariés n'est soumise à aucune formalité médicale.

- **« contrat responsable » (applicable uniquement sur les garanties déductibles Madelin)**

Par « contrat responsable », on entend un contrat frais de santé qui répond à l'ensemble des conditions mentionnées à l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale et les textes publiés ultérieurement pas les Pouvoirs Publics pour l'application dudit article. Le présent Contrat respecte ainsi les nouvelles

dispositions réglementaires introduites par la réforme dite du « 100% Santé ».

En cas d'évolution législative ou réglementaire, le présent Contrat sera automatiquement adapté par l'Assureur afin de rester en conformité avec le droit français.

1.5.1 Incontestabilité

Le Certificat d'Adhésion, basé sur les déclarations des assurés lors de l'adhésion, est incontestable dès qu'il a pris existence, sauf effet des dispositions relatives à la fausse déclaration prévues par les articles L.113-8 (fausse déclaration intentionnelle), L.113-9 (fausse déclaration non intentionnelle) et L.132-26 (erreur sur l'âge de l'assuré) du Code des assurances.

Article L.113-8 du Code des assurances : « Indépendamment des causes ordinaires de nullité, et sous réserve des dispositions de l'article L.132-26, le contrat d'assurance est nul en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de l'assuré, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour l'assureur, alors même que le risque omis ou dénaturé par l'assuré a été sans influence sur le sinistre.

Les primes payées demeurent alors acquises à l'assureur, qui a droit au paiement de toutes les primes échues à titre de dommages et intérêts.

Les dispositions du second alinéa du présent article ne sont pas applicables aux assurances sur la vie. »

Article L.113-9 du Code des assurances : « L'omission ou la déclaration inexacte de la part de l'assuré dont la mauvaise foi n'est pas établie n'entraîne pas la nullité de l'assurance. Si elle est constatée avant tout sinistre, l'assureur a le droit soit de maintenir le contrat, moyennant une augmentation de prime acceptée par l'assuré, soit de résilier le contrat dix jours après notification adressée à l'assuré par lettre recommandée, en restituant la portion de la prime payée pour le temps où l'assurance ne court plus. Dans le cas où la constatation n'a lieu qu'après un sinistre, l'indemnité est réduite en proportion du taux des primes payées par rapport au taux des primes qui auraient été dues, si les risques avaient été complètement et exactement déclarés. »

Article L. 132-26 du Code des assurances : « L'erreur sur l'âge de l'assuré n'entraîne la nullité de l'assurance que lorsque son âge véritable se trouve en dehors des limites fixées pour la conclusion des contrats par les tarifs de l'assureur.

Dans tout autre cas, si par suite d'une erreur de ce genre, la prime payée est inférieure à celle qui aurait dû être acquittée, le capital ou la rente garantis sont réduits en proportion de la prime perçue et de celle qui aurait correspondu à l'âge véritable de l'assuré. Si au contraire, par suite d'une erreur sur l'âge de l'assuré, une prime trop forte a été payée, l'assureur est tenu de restituer la portion de prime qu'il a reçue en trop sans intérêt. »

1.5.2 Prescription

Article L.114-1 du Code des assurances : « Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance. Toutefois, ce délai ne court :

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

2 - En cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là. Quand l'action de l'assuré contre l'assureur a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'assuré ou a été indemnisé par ce dernier. La prescription est portée à dix ans dans les

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

Article L.114-2 du Code des assurances : « La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique, avec accusé de réception, adressés par l'assureur à l'assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'assuré à l'assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité. »

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription sont énumérées aux articles 2240 et suivants du Code civil. Il s'agit notamment de :

- la reconnaissance par le débiteur du droit du poursuivant (article 2240 du Code civil) ;
- la citation en justice, même en référé. Il en est de même lorsqu'elle est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure (article 2241 du Code civil) ;
- l'interruption résultant de la demande en justice jusqu'à l'extinction de l'instance (article 2242 du Code civil) ; l'interruption est non avenue si le demandeur se désiste de sa demande ou laisse périmer l'instance, ou si sa demande est définitivement rejetée (article 2243 du Code civil) ;
- un acte d'exécution forcée (article 2244 du Code civil).

Article L.114-3 du Code des assurances : « Par dérogation à l'article 2254 du Code civil, les parties au contrat d'assurance ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci ».

1.5.3 Protection des Données Personnelles

En vertu de la réglementation européenne et française en matière de protection des données à caractère personnel, l'Assuré reconnaît avoir été informé par ENTORIA que :

Les données à caractère personnel (ci-après « DCP ») collectées par ENTORIA font l'objet d'un traitement informatique ayant pour finalité la conclusion, l'exécution, la gestion de l'adhésion au Contrat d'assurance de l'Adhérent et de ses bénéficiaires/ayants droit, avant et post adhésion. Les DCP collectées sont destinées aux services habilités de ENTORIA. Elles seront partagées d'une part avec ses partenaires à des fins de gestion et de pilotage technique des Contrats d'assurance et d'autre part avec l'association souscriptrice du présent Contrat à des fins d'organisation de ses instances et pour permettre à l'Adhérent de bénéficier de ses services. En aucun cas, les DCP collectées ne seront utilisées à d'autres fins et/ou communiquées à d'autres organismes sans recueil du consentement explicite, libre et éclairé de la personne concernée.

Par ailleurs, conformément aux exigences légales et réglementaires, ENTORIA et ses partenaires assureurs mettent en œuvre des traitements de données ayant pour finalité la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme d'une part ainsi que la lutte contre la fraude à l'assurance d'autre part.

Les données recueillies seront conservées par ENTORIA en sa qualité de responsable de traitement, dans le respect des durées de conservation exigées par la réglementation, sans dépasser la durée nécessaire à l'accomplissement de la finalité définie lors de leur collecte. Ces durées de conservation peuvent varier selon les finalités, la durée de la relation contractuelle, et les obligations

légales et réglementaires en matière de prescription et sont, en tout état de cause, conformes aux recommandations de la CNIL.

Conformément au Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD) et à la loi "Informatique et Libertés" du 6 janvier 1978 telle que modifiée, l'Adhérent et ses ayants droit/bénéficiaires disposent d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement, à la portabilité des DCP et d'opposition pour des motifs légitimes (notamment en matière de traitement automatisé, y compris le profilage), de limitation du traitement, de décider du sort de ces données post-mortem. Ces droits peuvent être exercés par courrier, accompagné d'une copie d'une pièce d'identité, à l'adresse suivante :

« ENTORIA DONNEES PERSONNELLES »
TSA 51234
92308 LEVALLOIS-PERRET CEDEX
E-mail : dpo@entoria.fr

L'Adhérent, les Assurés et leurs bénéficiaires disposent également du droit de s'inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique, à tout moment et sans frais. (Pour plus d'informations : www.bloctel.gouv.fr)

L'Assuré dispose également du droit de contacter la CNIL directement sur le site internet <https://www.cnil.fr/fr/agir> ou par courrier à l'adresse suivante :

Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
 3 place de Fontenoy – TSA 80715
 75334 PARIS CEDEX 07

L'Adhérent reconnaît que la collecte et le traitement de ses DCP (des données d'identification, des données relatives à sa situation familiale, économique, patrimoniale et financière, professionnelle, à sa vie personnelle, à sa santé, à l'appréciation du risque, à la gestion de l'adhésion...) sont nécessaires à la gestion et à l'exécution du Contrat.

ENTORIA et ses partenaires s'engagent à prendre toutes les mesures techniques et organisationnelles appropriées afin d'assurer un bon niveau de protection et de sécurité des DCP traitées.

Les DCP collectées par ENTORIA peuvent faire l'objet d'un transfert auprès d'un tiers situé en dehors de l'Espace économique Européen. Le transfert est effectué en conformité avec la réglementation applicable afin de garantir un niveau de sécurité adéquat et la protection de la vie privée et des droits fondamentaux des personnes concernées.

Conformément aux exigences du Règlement Général sur la Protection des Données, ENTORIA s'engage à notifier à la CNIL (l'autorité de contrôle compétente) toute violation de données à caractère personnel si possible au plus tard 72h après en avoir pris connaissance. Lorsque la violation est susceptible d'engendrer un risque élevé pour les droits et les libertés de la personne concernée, ENTORIA en informera cette dernière dans les meilleurs délais.

1.5.4 Réclamation – Médiation

En cas de mécontentement ou d'insatisfaction dans l'application des dispositions de la présente adhésion, l'Adhérent et ses ayants droit peuvent s'adresser au Service Réclamation de ENTORIA qui traitera leur réclamation. Cette réclamation peut être adressée à l'adresse suivante :

« Service Réclamation ENTORIA »
TSA 51234
92308 LEVALLOIS-PERRET CEDEX
E-mail : reclamation@entoria.fr

Conformément à la réglementation en vigueur, ENTORIA

s'engage à accuser réception de la réclamation sous dix jours et à apporter une réponse sous deux mois.

Si la réponse apportée ne les satisfait pas, et après avoir épuisé les voies de recours auprès du Gestionnaire sur délégation de l'Assureur, l'Adhérent, ou les bénéficiaires pourront demander un avis au médiateur en adressant un courrier à l'adresse figurant sur la page de garde de la présente notice. Le médiateur, personnalité extérieure à ENTORIA, rend son avis en toute indépendance. Les modalités de saisine du médiateur pourront être adressées à l'adhérent et/ou bénéficiaires sur simple demande auprès du Service Réclamation dont l'adresse figure ci-dessus. En cas de désaccord persistant, le recours à une action en justice reste toujours possible. Toutes contestations éventuelles à défaut d'accord amiable sont de la compétence des Tribunaux Civils français.

1.5.5 Lutte anti-blanchiment des capitaux et contre le financement du terrorisme

Dans le cadre de l'application des dispositions du présent Contrat, ENTORIA s'engage à respecter la législation applicable en matière de Lutte contre le Blanchiment des capitaux et contre le financement du terrorisme et notamment les dispositions des articles L.561-1 et suivants du Code monétaire et financier, ainsi que ses textes d'application présents et à venir.

1.5.6 Clause sanction

L'Assureur n'est pas réputé fournir de garantie et n'est pas tenu au paiement de tout sinistre ou de toute indemnité en découlant si la fourniture d'une telle garantie, le paiement d'un tel sinistre ou d'une telle indemnité expose l'Assureur ou sa société mère à une quelconque sanction, interdiction ou restriction mise en œuvre en application des résolutions des Nations Unies ou des sanctions économiques et commerciales, ou des lois ou règlements de la France, de l'Union européenne, du Royaume-Uni, d'une législation nationale ou des États-Unis d'Amérique.

Article 1.6 BENEFCIAIRES

Au titre du Contrat, le terme « bénéficiaire » recouvre indifféremment, sous réserve du paiement de la cotisation correspondante :

- l'Assuré lui-même,
- le **conjoint** non divorcé et non séparé de corps judiciairement, ou la **personne liée par un Pacte civil de solidarité** (PACS : contrat conclu par deux personnes physiques majeures pour organiser leur vie commune au sens de l'article 515-1 du Code civil), ou la **personne vivant en concubinage** avec l'Assuré sous réserve que l'Assuré et son concubin soient libres de tout lien matrimonial c'est à dire célibataires, veufs ou divorcés, et n'aient pas conclu de PACS (le concubinage est une union de fait caractérisée par une vie commune présentant un caractère de stabilité et de continuité entre deux personnes physiques majeures qui vivent en couple),bénéficiant d'un Régime obligatoire français (régime général ou régime TNS), du fait de l'adhésion de l'Assuré ou d'une adhésion personnelle.
- les **enfants** de l'Assuré, de son conjoint, à défaut de son partenaire de PACS ou de son concubin tels que définis précédemment, sous réserve :

D'une part :

1. Qu'ils soient âgés de moins de 18 ans,
2. Qu'ils soient âgés de moins de 28 ans sous réserve d'une des conditions suivantes :
 - Qu'ils poursuivent leurs études et ne disposent pas de ressources propres provenant d'une activité salariée, sauf emplois occasionnels ou saisonniers durant leurs études ou

emploi dont la rémunération mensuelle est inférieure à 65% du SMIC ;

- Qu'ils suivent une formation en alternance ou se trouvent sous contrat d'apprentissage ;
 - Qu'ils soient inscrits au Pôle emploi comme primo demandeur d'emploi ou effectuent un stage préalablement à l'exercice d'un premier emploi rémunéré ;
3. Quel que soit leur âge, qu'ils bénéficient d'une allocation prévue par la législation sociale en faveur des Handicapés ou qu'ils soient titulaires de la carte mobilité inclusion prévue par l'article L.241-3 du Code de l'Action Sociale et des Familles, sous réserve que l'invalidité ait été reconnue avant leur 18-ème anniversaire ou leur 28-ème anniversaire s'ils poursuivent des études.

Et d'autre part (dans tous les cas 1, 2 ou 3 ci-dessus) qu'ils bénéficient d'un Régime obligatoire français (régime général ou régime TNS) du fait de l'affiliation de l'Assuré, de son conjoint, de son partenaire de PACS, de son concubin ou d'une affiliation personnelle.

Chapitre 2 ADHESION

Article 2.1 CARACTERE FACULTATIF

Le Souscripteur déclare l'adhésion **facultative** au sens de l'article 3 de la loi 89.1009 du 31 décembre 1989.

Le présent contrat collectif s'applique à l'Adhérent jusqu'à 67 ans inclus à l'adhésion qui, à la date d'effet figurant au Certificat d'Adhésion :

- **remplit les conditions pour répondre à la définition d'adhérent de l'article « PREAMBULE »,**
- **exerce une activité professionnelle non salariée de manière effective, régulière, continue et rémunérée, en France Métropolitaine) ou à la Réunion,**
- **est domicilié en France Métropolitaine, à la Réunion ou dans l'un des pays frontaliers à la France Métropolitaine suivants : Allemagne, Andorre, Belgique, Espagne, Luxembourg, Italie, Suisse,**
- **déclare ses revenus à l'administration fiscale française.**

En cas de cumul d'activités salariée et non salariée, le statut retenu sera celui auquel l'Adhérent est rattaché au moment du sinistre, sans préjudice des dispositions prises à l'article « DÉBUT DES GARANTIES À L'ÉGARD DE CHAQUE ASSURÉ ».

Article 2.2 ADHESION

2.2.1 Modalités d'adhésion

L'adhésion au Contrat se fait :

- Soit en adhérant directement en ligne via un partenaire de signature électronique après étude et proposition de l'offre par son Courtier conseil.
- Soit en complétant une Demande d'Adhésion (DA), remise à l'Assureur.

L'Adhérent doit satisfaire aux modalités d'affiliations précisées des présentes Conditions Générales. Aucune formalité médicale n'est exigée, les déclarations de l'assuré faisant foi.

L'adhérent peut faire adhérer ses ayants droits conformément à l'article « MODALITES D'AFFILIATION DES AYANTS DROIT ».

L'adhésion définitive ne pourra avoir lieu qu'après accomplissement de toutes les formalités demandées par l'Assureur. **Seuls les documents enregistrés par l'Assureur font foi.**

Les garanties débutent, à l'égard de chaque bénéficiaire, dès l'admission au Contrat et ce, quelle que soit l'antériorité de l'affectation ayant entraîné les frais engagés postérieurement à la date d'admission.

2.2.2 Garanties

Au moment de son adhésion, l'Adhérent choisit un niveau de garanties parmi ceux qui lui sont proposés. Le niveau choisi est indiqué au Certificat d'Adhésion.

Afin de respecter la législation relative aux contrats responsables fixée à l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale, et ses textes d'application, l'adhésion se fera par l'intermédiaire de deux Certificats d'Adhésion distincts :

- **L'un regroupant des garanties responsables,**
- **L'autre proposant des garanties supérieures aux plafonds des contrats responsables, en complément des garanties responsables.**

Le cas échéant, l'Adhérent peut demander à ne souscrire que les garanties responsables.

L'Adhérent pourra s'il le souhaite adhérer par la suite aux garanties non responsables.

S'il effectue sa demande dans les 3 mois suivant l'adhésion aux garanties responsables, la date de prise d'effet des garanties non responsables sera la même que celle des garanties responsables.

S'il effectue sa demande plus de 3 mois après son adhésion aux garanties responsables, la date de prise d'effet des garanties non responsables sera le 1er jour du mois qui suit la demande.

Au cas où l'Adhérent aurait souscrit aux garanties responsables et non responsables, il pourra éventuellement résilier les garanties non responsables dans les conditions prévues à l'article « MODIFICATION DU CONTRAT ».

2.2.3 Structure de cotisations

Le type de cotisation est :

- ISOLE (ou assuré sans ayant droit),
- DUO (un assuré avec un ayant droit),
- FAMILLE (assuré avec plusieurs ayants droit).

L'affiliation des ayants droit prend effet, sous réserve d'une inscription dans la catégorie « FAMILLE » ou « DUO », à la même date que pour l'assuré, ou lors de la modification de situation de famille (mariage, conclusion d'un PACS, naissance d'enfants, ...) sous réserve que cette modification ait été portée à la connaissance de l'Assureur.

Article 2.3 EFFET ET RENOUELEMENT DE L'ADHESION

L'adhésion prend effet à la date indiquée au Certificat d'Adhésion sous réserve du paiement de la 1^{ère} cotisation.

Elle est renouvelable au 1^{er} janvier de chaque année par tacite reconduction pour une durée de 1 an, sauf dénonciation par l'adhérent ou l'Assureur, ou résiliation du Contrat.

Article 2.4 MODIFICATION DE L'ADHESION

Les droits et obligations de l'adhérent peuvent être modifiés par avenant au Contrat. Ces avenants seront conclus d'un commun accord entre le Souscripteur et l'Assureur.

En cas de modification se rapportant aux droits et obligations des adhérents, ces derniers en seront informés par écrit, trois mois avant la date d'entrée en vigueur des modifications conformément à l'article L.144-1 du Code des assurances. S'il le souhaite, l'adhérent pourra dénoncer son adhésion en raison de ces modifications.

Article 2.5 MODIFICATION DU NIVEAU DE GARANTIE

L'adhérent peut demander à changer de garantie après 12 mois d'adhésion au contrat.

Modification du niveau de garantie à la hausse :

Les changements de garantie santé à la hausse sont possibles, avec effet au 1^{er} janvier de l'année qui suit la demande. Dans ce cas l'adhérent ne pourra pas demander d'autre changement de garantie pendant une durée de 2 ans.

Modification du niveau de garantie à la baisse :

Le changement de garanties à la baisse interviendra 1^{er} janvier de l'année qui suit la réception de la demande, sous réserve d'avoir été couvert au moins 12 mois dans la précédente garantie.

Cas particulier : Modification de la situation personnelle :

Toutefois, en cas de changement de situation familiale (mariage, jugement définitif de divorce, rupture de PACS ou de concubinage, décès, naissance) le changement de garantie pourra être demandé dans les 3 mois qui suivent l'événement. Dans ce cas, la demande de modification prendra effet à la date de survenance de l'événement (changement de situation familiale). A défaut, si la demande intervient plus de 3 mois après l'événement, le changement de garantie interviendra dans les conditions normales susmentionnées.

Article 2.6 RESILIATION DE L'ADHESION

2.6.1 Résiliation par l'adhérent

Pour être recevable, la résiliation de l'adhésion doit être notifiée par lettre recommandée avec avis de réception ou d'un envoi recommandé électronique, adressé au Gestionnaire au moins 2 mois avant la date de renouvellement.

La résiliation des garanties responsables entrainera automatiquement la résiliation des garanties **santés non responsables éventuellement** souscrites par l'adhérent.

2.6.2 Résiliation par l'Assureur

La résiliation de l'adhésion par l'Assureur doit être signifiée par lettre recommandée avec avis de réception moyennant un délai de préavis qui ne peut être inférieur à deux mois avant son échéance annuelle.

2.6.3 Effets de la résiliation

La résiliation de l'adhésion fait cesser les garanties pour les risques survenus postérieurement à la date d'effet de la résiliation.

Toutefois, l'Assureur reste engagé sur les dépenses de santé effectuées entre la date d'adhésion au Contrat et la date d'effet de la résiliation, et ce jusqu'à leur liquidation complète sous réserve du paiement des cotisations afférentes à cette période et que les justificatifs de ces dépenses soient portés à sa connaissance dans les 24 mois suivant la date d'effet de la résiliation.

Lorsque l'adhésion résiliée n'est pas remplacée par de nouvelles garanties couvrant le même risque, l'Assuré peut souscrire, dans les deux mois qui suivent la résiliation de l'adhésion, une garantie à affiliation individuelle éventuellement proposée par l'Assureur. Ces garanties sont accordées sans délai de carence ni examen ou questionnaire médical.

Article 2.7 FIN DE L'ADHESION

L'adhésion cesse à l'égard de l'adhérent :

- à la date à laquelle l'assuré ne répond plus à la définition « d'adhérent » telle que définie en « PREAMBULE ».

Cependant, l'adhésion peut être maintenue lorsque l'assuré liquide sa pension d'assurance vieillesse du régime de base

obligatoire. Il doit alors informer l'organisme Assureur dans les conditions prévues à l'article « OBLIGATION DE L'ADHERENT ».

- à la date d'effet de la résiliation de l'adhésion, sauf en ce qui concerne les frais exposés pour des soins engagés antérieurement à cette date et communiqués à l'Assureur dans les délais fixés à l'article « PAIEMENT DES PRESTATIONS ».

- à la date d'effet de la désaffiliation volontaire du Régime obligatoire. Les cotisations éventuellement versées d'avance restent acquises à l'Assureur.

- A la fin de l'année civile au cours de laquelle l'assuré n'est plus adhérent à l'association souscriptrice.

La fin de l'adhésion de l'adhérent entraîne la cessation des garanties des assurés tels que précisé à l'article « FIN DES GARANTIES A L'EGARD DE CHAQUE ASSURE ».

Article 2.8 NULLITE DE L'ADHESION

En application de l'article L.113-8 du Code des assurances, en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de l'adhérent, de nature à affecter l'appréciation par l'Assureur du risque apporté, du montant des cotisations dues ou du montant des prestations dues, l'adhésion est annulée de plein droit, alors même que le risque omis ou dénaturé par l'Adhérent a été sans influence sur le sinistre.

L'Adhérent ne peut prétendre à aucun remboursement de cotisation.

Si une ou plusieurs stipulations du présent Contrat, ou une partie d'entre elles, sont nulles ou déclarées comme telles en application d'une loi, d'un règlement ou à la suite d'une décision définitive d'une juridiction compétente, elles seront réputées non écrites mais n'entraîneront pas la nullité du Contrat ni celle de la clause partiellement concernée. Les autres stipulations garderont toute leur force et leur portée.

Article 2.9 OBLIGATIONS DE L'ADHERENT

2.9.1 Responsabilité de l'adhérent

Conformément à l'article L.615-4 du Code de la Sécurité sociale, l'assuré doit pouvoir fournir sur demande du Gestionnaire à chaque renouvellement de son adhésion (1^{er} janvier), un justificatif d'affiliation au régime légal obligatoire auquel il est affilié et du paiement des cotisations correspondantes.

A défaut, ou en cas de déclarations inexactes,

- L'Assuré ne remplira plus les conditions d'adhésion au Contrat précisées à l'article « PREAMBULE » des présentes Conditions Générales.

L'adhérent s'engage à informer dans un délai de dix jours par lettre recommandée avec avis de réception ou envoi d'un recommandé électronique avec demande d'avis réception, l'Assureur via le Souscripteur ou le Gestionnaire, dès que l'entreprise payeur de cotisations se trouve en redressement judiciaire ou en liquidation judiciaire sans redressement préalable, en lui communiquant les coordonnées de l'administrateur judiciaire ; ce qui est accepté par l'adhérent.

Cette acceptation est une condition essentielle et déterminante au consentement de l'Assureur pour délivrer ses garanties.

L'adhérent s'engage à informer l'Assureur par l'intermédiaire du Gestionnaire de tout changement d'activité professionnelle ou de toute modification dans sa situation personnelle pouvant entraîner une modification de son adhésion dans un délai maximum de trois mois à compter de la date de changement (changement d'activité professionnelle, liquidation totale ou partielle de sa pension de retraite, ...) sur présentation obligatoire de justificatif.

L'éventuelle modification de l'adhésion intervient alors à la date de la modification de la situation personnelle ou professionnelle

de l'assuré à condition que la déclaration ait été faite à l'Assureur dans un délai de trois mois à compter de cette date.

Au-delà de ce délai de trois mois, la modification de l'adhésion prendra effet à la date de réception du justificatif (cachet de la poste faisant foi).

Dans le cas où la modification de la situation personnelle et/ou professionnelle entraîne la résiliation de l'adhésion, les cotisations éventuellement versées par l'assuré jusqu'à la date effective de résiliation par l'Assureur restent acquises à l'Assureur.

2.9.2 Cartes de Tiers Payant

Si le tiers-payant pharmaceutique est prévu au titre du Certificat d'Adhésion, l'adhérent s'engage, en cas de résiliation :

- à restituer à l'Assureur sa carte de tiers-payant ainsi que celles des éventuels bénéficiaires de l'adhésion,
- à rembourser à l'Assureur les sommes indûment perçues en cas de non-restitution des cartes tiers payant.

Article 2.10 RENONCIATION

2.10.1 Conclusion de l'adhésion à distance

Conformément à l'article L.112-2-1 du Code des assurances, l'assuré dispose d'un délai de QUATORZE (14) jours calendaires révolus pour exercer son droit de renonciation, par lettre recommandée ou envoi d'un recommandé électronique avec avis de réception à l'adresse suivante :

**« ENTORIA- Service Production »
TSA 51234
92308 LEVALLOIS- PERRET CEDEX**

L'adhérent n'a alors pas à justifier du motif de la renonciation ni à supporter de pénalités. Ce délai court à compter de la date de signature du Certificat d'Adhésion.

2.10.2 Démarchage à domicile

Conformément à l'article L112-9 du Code des assurances, « I.- Toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, et qui signe dans ce cadre une proposition d'assurance ou un contrat à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée ou recommandé électronique avec demande d'avis de réception pendant le délai de QUATORZE (14) jours calendaires révolus à compter du jour de la conclusion du contrat, sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités.»

L'exercice du droit de renonciation dans le délai prévu ci-avant entraîne la résiliation de l'adhésion à compter de la date de réception du courrier recommandé. Dès lors qu'il a connaissance d'un sinistre mettant en jeu la garantie du contrat, l'adhérent ne peut plus exercer ce droit de renonciation. L'adhérent est tenu au paiement de la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque a couru, cette période étant calculée jusqu'à la date de la résiliation. Le solde est remboursé par l'Assureur au plus tard dans les TRENTE (30) jours suivant la date de résiliation.

Toutefois, l'intégralité de la cotisation reste due à l'Assureur si l'assuré exerce son droit de renonciation alors qu'un évènement mettant en jeu les garanties du Contrat et dont il n'a pas eu connaissance est intervenu pendant le délai de renonciation.

2.10.3 Modèle de lettre de renonciation

Pour exercer le droit de renonciation, l'adhérent peut utiliser le modèle de lettre ci-après :

« Je soussigné(e) (Civilité, prénom, nom) résidant au (Adresse complète) déclare renoncer à mon adhésion portant la référence n°..... au contrat « Santé TNS » conclue le XX/XX/XXXX, en application des dispositions de l'article L.112-9 du Code des assurances (démarchage à domicile) ou de l'article L.112-2-1 du Code des assurances (vente à distance). La résiliation prendra effet à la date de réception de la présente lettre.
Fait à, le XX/XX/XXXX,
Signature »

Article 2.11 SIGNATURE ELECTRONIQUE ET CONVENTION DE PREUVE

L'Assureur et son Gestionnaire mettent en place un dispositif de signature électronique sécurisé permettant à tout moment de prouver que l'opération de signature électronique est conforme à la proposition d'assurance distribuée par le Courtier conseil.

Dans le cadre de la signature électronique du Certificat d'Adhésion, l'Adhérent est responsable de la sincérité et de l'exactitude des éléments transmis à l'Assureur ou à son Gestionnaire pour son adhésion au Contrat.

L'Assureur et l'Adhérent reconnaissent mutuellement que l'Adhérent est présumé être celui qui procède à la signature électronique de son Certificat d'Adhésion cette dernière étant sécurisée par les informations d'email personnel et de téléphone portable fournies au Courtier conseil.

Article 2.12 MODALITES DE COMMUNICATION

Il est précisé que l'Assureur et son Gestionnaire s'engagent à utiliser de manière privilégiée des moyens de communication dématérialisés dans la relation contractuelle avec l'Assuré ou ses bénéficiaires sur support durable autre que le papier notamment par courrier électronique.

On entend par courrier électronique (« email »), tout document informatisé qu'un utilisateur saisit, envoie ou consulte en différé par l'intermédiaire du réseau Internet, avec ou sans pièces jointes. Par la communication de son adresse électronique lors de l'adhésion ou en cours d'adhésion, l'Adhérent reconnaît que cette dématérialisation est adaptée à sa situation.

L'Adhérent peut, à tout moment et par tout moyen à sa convenance, s'opposer à la dématérialisation et demander au Gestionnaire qu'un support papier soit utilisé.

L'Adhérent s'engage à informer sans délai le Gestionnaire de toute modification de son adresse électronique et, plus généralement, de tout changement de sa situation pouvant avoir une quelconque incidence sur la gestion de son adhésion.

Chapitre 3 AFFILIATION DES AYANTS DROIT

Article 3.1 MODALITES D’AFFILIATION DES AYANTS DROIT

L'affiliation des ayants droit peut se faire :

- Au moment de la conclusion de l'adhésion au Contrat,
- En cours d'adhésion via l'extranet de l'Adhérent.

L'Assuré doit fournir la copie de l'attestation VITALE de chaque bénéficiaire de la garantie, un certificat de scolarité pour les enfants de plus de 16 ans et un Relevé d'identité bancaire pour le virement de ses prestations.

Article 3.2 DEBUT DES GARANTIES A L’EGARD DE CHAQUE AYANT DROIT

Les garanties débutent, à l'égard de chaque ayant droit bénéficiaire, dès l'admission au contrat et ce, quelle que soit l'antériorité de l'affection ayant entraîné les frais engagés postérieurement à la date d'admission.

Article 3.3 FIN DES GARANTIES A L'EGARD DE CHAQUE AYANT DROIT

Les garanties cessent à l'égard des ayants droit :

- à la date de cessation des garanties de l'Assuré principal ;
- à la date à laquelle ils ne répondent plus aux conditions leur conférant la qualité de bénéficiaire ;
- à la date où la cotisation les concernant n'est plus réglée par l'Assuré (article « NON-PAIEMENT DES COTISATIONS ») ;
- en cas de décès de l'Assuré.

Dans tous les cas ci-dessus, l'Assuré s'engage à restituer la (ou les) carte (s) de tiers payant qui lui a (ont) été remise(s) par l'Assureur via le Gestionnaire. Toute utilisation abusive de la carte expose son auteur à une action en recouvrement, et le cas échéant à une procédure judiciaire.

Chapitre 4 GARANTIES ET PRESTATIONS

Article 4.1 TERMINOLOGIE

• Accident

Toute atteinte à l'intégrité physique, non intentionnelle et provenant de l'action fortuite, soudaine, violente et imprévisible d'une cause extérieure à l'assuré.

• Accouchement

L'accouchement est la mise au monde d'un enfant.

• Actes cliniques

Les consultations, visites et honoraires de surveillance.

• Actes techniques

Les actes non cliniques.

• Base de Remboursement (B.R.)

Valeur de référence, pour chaque acte, à partir de laquelle la Sécurité sociale calcule le montant de son remboursement en secteur conventionné.

• Contrat d'Accès aux Soins (CAS)/ Option tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO)

Contrat signé sur la base du volontariat entre l'Assurance Maladie et les médecins autorisés à pratiquer des dépassements d'honoraires, par lequel ces médecins s'engagent à modérer le montant des dépassements d'honoraires facturés en améliorant le remboursement de leurs patients.

La prise en charge des dépassements d'honoraires par le présent Contrat diffère selon que le médecin a signé ou non le Contrat d'Accès aux Soins.

Au 1^{er} janvier 2017, le Contrat d'Accès aux Soins est remplacé par le dispositif de l'Option tarifaire maîtrisée (OPTAM) et l'Option tarifaire maîtrisée Chirurgie et obstétrique (OPTAM-CO). Ce dispositif est destiné aux médecins de secteur 2 et par l'OPTAM-CO applicable aux spécialistes en chirurgie ou en gynécologie-obstétrique, qui a pour objectif de favoriser l'accès aux soins, optimiser la qualité des soins, maîtriser les dépenses de santé, moderniser et valoriser la médecine libérale.).

La convention médicale en date du 25 août 2016 prévoit qu'aucune adhésion au CAS ne sera possible à compter du 1^{er} janvier 2017. Les médecins ayant adhéré au CAS se verront proposer d'adhérer à la nouvelle option en signant un avenant au contrat.

Les remboursements des actes pratiqués par un signataire de l'OPTAM ou OPTAM-CO sont identiques à ceux des actes pratiqués par un signataire du CAS.

• Grossesse

La grossesse est la période qui dure en moyenne 9 mois, et qui précède un accouchement aboutissant à la naissance d'un être humain viable.

• Hospitalisation

Séjour d'au moins 24 heures, dans un établissement de soins public ou privé, hors maison de repos et de convalescence, dans le but de traiter médicalement ou chirurgicalement une maladie ou les conséquences d'un accident.

• Implantologie

Ensemble des actes nécessaires à la pose définitive d'un implant sur une dent, et ce quel que soit l'étalement dans le temps des soins. (Implant + pilier + soins de parodontologie liés à la pose de l'implant).

• Maladie

Toute altération de l'état de santé constatée par une autorité médicale compétente.

• Parcours de soins

Principe de passage par un médecin traitant choisi par l'assuré avant de consulter un autre médecin sauf cas d'urgence, d'éloignement du domicile ou d'accès direct à un spécialiste autorisé par la Sécurité sociale.

• Participation forfaitaire (Article L. 322-2 du Code de la Sécurité sociale)

Montant forfaitaire que le Régime obligatoire ne rembourse pas. Ce montant n'est pas remboursé par l'Assureur.

• Plafond Mensuel de la Sécurité sociale (PMSS)

Salaire mensuel de référence fixé annuellement par la Sécurité sociale.

• Prestations en nature

Le remboursement des dépenses de frais de soins (frais médicaux, frais chirurgicaux, pharmaceutiques...) ou de service (séjour en établissement hospitalier) exposées par l'assuré.

• Professionnels de Santé

Seuls les actes médicaux exécutés par un professionnel de Santé référencé auprès de l'Ordre concerné pour le n° RPPS ou auprès de l'Agence Régionale de Santé (ARS) de sa région pour les autres professionnels qui s'enregistrent toujours via un n° ADELI seront couverts par le présent Contrat, dès lors que la garantie est prévue.

• Reconstitution de la Base de Remboursement

En cas de refus de prise en charge par le Régime obligatoire, les prestations qui seraient accordées sont calculées en reconstituant la Base de Remboursement (B.R.).

• Secteur conventionné

Secteur I : Regroupe l'ensemble des praticiens et établissements hospitaliers s'engageant à respecter les Bases de Remboursement (B.R.).

Secteur II : Regroupe l'ensemble des praticiens autorisés par convention à dépasser les Bases de Remboursement (B.R.).

• Secteur non conventionné

Regroupe l'ensemble des praticiens et établissements hospitaliers n'ayant pas adhéré à la convention passée entre le Régime obligatoire et la profession. Le remboursement des actes par le régime obligatoire est alors effectué sur la base du Tarif d'Autorité (T.A.).

• Ticket Modérateur (TM)

Quote-Part de la Base de Remboursement (B.R.) restant à la charge de l'assuré après le remboursement du Régime obligatoire (hors participation forfaitaire à la charge de l'assuré).

• Tiers payant

Dispense d'avance de frais sur les actes pratiqués par les professionnels de santé au moins à hauteur de la Base de Remboursement de la Sécurité sociale (B.R.).

Article 4.2 OBJET DES GARANTIES

La garantie a pour objet le remboursement de tout ou partie des frais exposés par l'assuré par suite de maladie, d'accident ou de maternité, survenu pendant la période de garantie. Les remboursements se feront en complément de ceux effectués par

le régime de base au titre des prestations en nature de l'assurance maladie française (hors participation forfaitaire à la charge de l'assuré).

Les taux de remboursement et les Bases de Remboursement du Régime obligatoire pris en considération sont ceux en vigueur à la date de dispense des actes, d'exécution des soins et de prescription.

Par dérogation, le Certificat d'Adhésion peut préciser s'il s'agit de prestations en espèces ou de prestations supplémentaires à celles versées par la Sécurité sociale.

Demeurent exclus des garanties :

- les actes hors nomenclature du Régime obligatoire Français, sauf mention contraire au Certificat d'Adhésion ;
- les traitements esthétiques ou de rajeunissement sauf ceux pris en charge par le Régime obligatoire.

Les garanties souscrites et les niveaux de remboursement sont définis au Certificat d'Adhésion.

4.2.1 Actes non conventionnés

Le remboursement des actes dispensés par un médecin n'ayant pas signé de convention avec l'assurance maladie française est effectué soit sur la base du Tarif d'Autorité (T.A.) fixé par le ministre chargé de la Sécurité sociale, soit en reconstituant la base de remboursement du Régime obligatoire, conformément aux dispositions indiquées dans le tableau de garantie annexé au Certificat d'Adhésion.

4.2.2 Forfait journalier

Le forfait journalier est pris en charge sans limitation de durée dans tous les établissements de soins publics ou privés.

4.2.3 Frais de séjour

Les frais de séjour et d'hébergement en établissement psychiatrique, de repos ou spécialisé sont pris en charge sans limitation de montant dans la limite de 90 jours par an. Les années s'entendent par année civile.

Au-delà de 90 jours, la prise en charge au titre du présent Contrat est limitée au remboursement du ticket modérateur.

4.2.4 Chambre particulière

Les frais de chambre particulière exposés par l'Assuré dans le cadre d'une hospitalisation ne sont pas pris en charge par le présent Contrat en cas d'hospitalisation en ambulatoire (moins de 24 heures).

4.2.5 Maternité

Le forfait naissance ou adoption prévu au Certificat d'Adhésion est réglé sur simple présentation de l'extrait d'acte de naissance du ou des enfants ou du jugement d'adoption. Il est doublé en cas de naissance ou adoption multiple.

Les dépenses médicales remboursées par la Sécurité sociale (y compris les dépassements d'honoraires) sont prises en charge pendant la grossesse et en cas d'accouchement par césarienne dans les conditions fixées au Certificat d'Adhésion pour chaque acte.

Les dépassements d'honoraires en cas d'accouchement par voie basse ne sont pas pris en charge par le présent Contrat.

4.2.6 Cure thermale

La garantie cure thermale a pour objet le paiement, en complément des dépenses remboursées par la Sécurité sociale, d'un forfait dont le montant est fixé au Certificat d'Adhésion.

Les frais de transport liés à la cure thermale ne sont pas pris en

charge dans le cadre de ce forfait et sont remboursés le cas échéant dans les conditions fixées au Certificat d'Adhésion pour cet acte.

4.2.7 Dentaire

Des plafonds annuels applicables à chaque bénéficiaire du contrat sont fixés au Certificat d'Adhésion. Les années s'entendent par année civile.

En cas de changement de niveau de garantie, l'appréciation de l'antériorité permettant de calculer le montant du plafond s'apprécie à compter du 1^{er} jour d'adhésion dans la nouvelle garantie.

4.2.8 Optique

Des plafonds annuels applicables à chaque bénéficiaire du contrat sont fixés au Certificat d'Adhésion. Les années s'entendent par année civile.

Conformément à la réglementation relative aux contrats responsables, la limitation de prise en charge d'un équipement optique par période de 2 ans s'apprécie à compter de la date d'acquisition de l'équipement.

4.2.9 Audiologie

Le présent contrat permet la prise en charge d'un équipement auditif par oreille et par période de 4 ans. Conformément à la réglementation relative aux contrats responsables, la limitation de prise en charge d'un équipement auditif par période de 4 ans s'apprécie à compter de la date d'acquisition de l'équipement.

Article 4.3 OUVERTURE DU DROIT AUX PRESTATIONS

Le droit aux prestations est ouvert dès la date d'effet de l'affiliation, sous réserve le cas échéant des délais d'attente spécifiques à certaines dépenses et indiquées dans le Certificat d'Adhésion.

L'ouverture des droits aux prestations est subordonnée à la production des pièces justificatives mentionnées à l'article « MODALITES D'AFFILIATION ». Avant ou à l'occasion du règlement des prestations, l'Assureur ou le Gestionnaire peut procéder à tout contrôle conformément aux dispositions visées à l'article « CONTRÔLE ».

L'ouverture des droits aux prestations ne peut être prononcée que pour des actes, des soins, des prescriptions et des événements dont la date est postérieure à la date d'effet de l'affiliation de l'assuré.

Article 4.4 REGLEMENT DES PRESTATIONS

Le versement des prestations est adressé directement à l'assuré, après échange de données informatisées entre organismes sociaux ou sur présentation des décomptes originaux délivrés par le Régime obligatoire et, le cas échéant, des pièces justificatives ci-après mentionnées.

Pour le remboursement des dépenses de santé restant à charge après intervention du Régime obligatoire, en cas de dépassement des tarifs de convention ou de responsabilité :

- soins médicaux et chirurgicaux, frais d'optique, de prothèses dentaires ou de traitement d'orthodontie faciale : photocopie de la feuille de soins faisant apparaître le montant total des sommes payées par l'assuré ou note d'honoraires et prescription médicale en cours de validité en optique ;
- frais d'appareillage : facture acquittée du fournisseur ;
- frais d'hospitalisation médicale ou chirurgicale : facture de l'établissement hospitalier et, le cas échéant, des dépenses accessoires (frais de chambre particulière, d'accompagnement d'un enfant hospitalisé, de paiement du forfait journalier hospitalier...);

- cures thermales : justificatif de l'accomplissement d'une cure thermale prise en charge par le Régime obligatoire (imprimé CERFA n° 11140*04).

Pour la prise en charge, le cas échéant, des dépenses de santé ne donnant pas lieu à remboursement par le Régime obligatoire :

- les originaux des factures acquittées correspondant aux dépenses engagées ;
- ou notification du refus opposé par le Régime obligatoire si tel est le cas, et notes d'honoraires correspondant aux soins faisant apparaître la cotation de l'acte pratiqué.

Pour le service d'éventuelles prestations complémentaires :

- justificatif de la réalité de l'événement ouvrant droit à indemnisation (acte de naissance, ...).

L'Assureur se réserve le droit de réclamer tout autre document qu'il jugerait nécessaire au versement des prestations.

Les pièces nécessaires au paiement des prestations doivent être transmises à l'Assureur (sauf cas fortuit ou de force majeure) dans les plus brefs délais et au plus tard avant la fin de l'année suivant celle au cours de laquelle les frais ont été exposés, sous peine de déchéance. Toute fausse déclaration effectuée intentionnellement sur la nature, les causes, les circonstances ou les conséquences d'un sinistre, entraîne déchéance de tout droit à la garantie.

Les décomptes de remboursement des prestations versées par l'organisme Assureur au titre du présent Contrat sont consultables en ligne par tout assuré sur son espace personnel.

L'assuré qui serait dans l'impossibilité de consulter son décompte en ligne peut toutefois demander à recevoir ses décomptes par courrier L'édition et l'envoi de ces décomptes pourront être facturés à l'assuré.

Tiers payant :

Le Tiers payant permet aux assurés de ne pas avancer les frais sur la part prise en charge par la complémentaire santé conformément aux Conditions Générales et au Certificat d'Adhésion au minimum à hauteur de la Base de Remboursement (B.R.).

La carte de tiers payant devra être restituée à l'Assureur et ne plus être utilisée par l'assuré dès la fin du bénéfice des garanties conformément à l'article « FIN DE L'ADHESION A L'EGARD DE CHAQUE ASSURE ». ».

Article 4.5 PLURALITE D'ASSUREURS

L'assuré s'engage à informer l'Assureur via le Gestionnaire, lorsque lui ou ses bénéficiaires assurés bénéficient d'une garantie de même nature que celle assurée par le présent contrat, souscrite de façon individuelle ou dans un cadre collectif.

Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs Assureurs produisent leurs effets dans les limites des garanties de chaque contrat et dans le respect des dispositions de l'article L.121-1 du Code des assurances, quelle que soit la date d'effet de ces garanties. Dans ces limites, le bénéficiaire du Contrat d'adhésion peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix.

La contribution de chaque organisme est déterminée conformément aux dispositions de l'article L.121-4 du Code des assurances.

Le cumul des remboursements de l'Assureur, du Régime obligatoire et de tout autre organisme ne peut excéder le montant des frais réellement engagés par l'assuré ou ses bénéficiaires tels que définis au Contrat.

Article 4.6 CONTRÔLE

L'Assureur ou le Gestionnaire peut procéder à tout contrôle permettant de vérifier l'exactitude des renseignements produits tant par l'adhérent que les assurés. Les décisions prises à l'issue de ces contrôles sont portées à la connaissance des intéressés par lettre motivée, en recommandé avec avis réception.

Article 4.7 SUBROGATION

Conformément à l'article L.131-2 du Code des assurances :

« Dans l'assurance de personnes, l'assureur, après paiement de la somme assurée, ne peut être subrogé aux droits du contractant ou du bénéficiaire contre des tiers à raison du sinistre.

Toutefois, dans les contrats garantissant l'indemnisation des préjudices résultant d'une atteinte à la personne, l'assureur peut être subrogé dans les droits du contractant ou des ayants droit contre le tiers responsable, pour le remboursement des prestations à caractère indemnitaire prévues au contrat. »

Chapitre 5. COTISATIONS

Les cotisations annuelles sont payables globalement par l'Assuré, selon les modalités suivantes :

Article 5.1 DETERMINATION DES TAUX DE COTISATIONS

Les taux de cotisations sont fonction :

- du niveau de garantie choisi,
- de l'âge de l'Adhérent à l'adhésion,
- du lieu de résidence de l'Adhérent,
- et du nombre de bénéficiaires garantis.

Article 5.2 DETERMINATION DES FRAIS DE GESTION

Les montants des frais de gestion indiqués au Certificat d'Adhésion sont ceux en vigueur à la date d'effet de l'adhésion.

Le Gestionnaire se réserve la possibilité de les réviser au 1^{er} janvier de chaque année.

Article 5.3 ASSIETTE DES COTISATIONS

Les cotisations sont exprimées en pourcentage du Plafond Annuel de la Sécurité Sociale française (PASS) en vigueur pour la période d'assurance.

Article 5.4 MODALITES DE PAIEMENT

Les cotisations et les frais sont payables mensuellement ou trimestriellement d'avance par prélèvement automatique, conformément au choix retenu sur le Certificat d'Adhésion.

Le compte bancaire sur lequel seront prélevées les cotisations doit être ouvert en France métropolitaine ou à la Réunion.

Article 5.5 NON-PAIEMENT DES COTISATIONS PAR L'ADHERENT

Conformément aux articles L.113-3 et L.141-3 (exclusion d'un adhérent) du Code des assurances, le Souscripteur ou son Gestionnaire peut exclure un membre du bénéfice du contrat s'il cesse de payer sa cotisation. Son exclusion ne peut intervenir qu'au terme d'un délai de quarante jours à compter de l'envoi par le Souscripteur ou son Gestionnaire d'une lettre recommandée de mise en demeure. Le Souscripteur ou son Gestionnaire s'engage à adresser la lettre recommandée dans les formes réglementaires et au plus tôt dans un délai de dix jours à compter de l'échéance impayée.

Article L.113-3 du Code des assurances : « La prime est payable au domicile de l'assureur ou du mandataire désigné par lui à cet effet. Toutefois, la prime peut être payable au domicile de l'assuré

ou à tout autre lieu convenu dans les cas et conditions limitativement fixés par décret en Conseil d'Etat. A défaut de paiement d'une prime, ou d'une fraction de prime, dans les dix jours de son échéance, et indépendamment du droit pour l'Assureur de poursuivre l'exécution du contrat en justice, la garantie ne peut être suspendue que trente jours après la mise en demeure de l'assuré. Au cas où la prime annuelle a été fractionnée, la suspension de la garantie, intervenue en cas de non-paiement d'une des fractions de prime, produit ses effets jusqu'à l'expiration de la période annuelle considérée. La prime ou fraction de prime est portable dans tous les cas, après la mise en demeure de l'assuré.

L'assureur a le droit de résilier le contrat dix jours après l'expiration du délai de trente jours mentionné au deuxième alinéa du présent article.

Le contrat non résilié reprend pour l'avenir ses effets, à midi le lendemain du jour où ont été payés à l'assureur ou au mandataire désigné par lui à cet effet, la prime arriérée ou, en cas de fractionnement de la prime annuelle, les fractions de prime ayant fait l'objet de la mise en demeure et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les frais de poursuites et de recouvrement.

Lorsque l'adhésion au contrat résulte d'une obligation prévue par une convention de branche ou un accord professionnel ou interprofessionnel, l'Assureur ne peut faire usage des dispositions du présent article relatives à la suspension de la garantie et à la résiliation du contrat.

Les dispositions des deuxièmes et avant-derniers alinéas du présent article ne sont pas applicables aux assurances sur la vie. »

Article L.141-3 du Code des assurances : « Le souscripteur ne peut exclure un adhérent du bénéficiaire du contrat d'assurance de groupe que si le lien qui les unit est rompu ou si l'adhérent cesse de payer la prime. L'exclusion ne peut intervenir qu'au terme d'un délai de quarante jours à compter de l'envoi, par le souscripteur, d'une lettre recommandée de mise en demeure. Cette lettre ne peut être envoyée que dix jours au plus tôt après la date à laquelle les sommes dues doivent être payées. Lors de la mise en demeure, le souscripteur informe l'adhérent qu'à l'expiration du délai prévu

à l'alinéa précédent, le défaut de paiement de la prime est susceptible d'entraîner son exclusion du contrat. Cette exclusion ne peut faire obstacle, le cas échéant, au versement des prestations acquises en contrepartie des primes ou cotisations versées antérieurement par l'assuré. »

Article 5.6 INDEXATION ET MAJORATION DES COTISATIONS

Indexation contractuelle des cotisations

Les taux de cotisations sont déterminés à la date d'effet du présent Contrat et sont indexés dans la limite de 5% le 1^{er} janvier de chaque année en fonction des résultats du Contrat Cadre souscrit par l'association et des objectifs de celui-ci, de critères objectifs tels que : **la zone géographique, l'indice de la consommation médicale totale (CMT) communiqué par la CNAMTS, et le Plafond Annuel de la Sécurité Sociale (PASS).**

Majoration des cotisations

Les taux de cotisations peuvent évoluer le 1^{er} janvier de chaque année en fonction des résultats du Contrat Cadre souscrit par l'association et des objectifs de celui-ci, de critères objectifs tels que : **la zone géographique, l'indice de la consommation médicale totale (CMT) communiqué par la CNAMTS, et le Plafond Annuel de la Sécurité Sociale (PASS).**

Dans ce cas, l'Assureur informe les adhérents, qui disposent individuellement d'un délai de trente jours pour résilier leur

adhésion à compter de la réception de l'information. Passé ce délai, l'adhérent accepte implicitement la majoration des cotisations.

Le montant des cotisations pourra également être révisé, le cas échéant, en cours d'année, en cas de modifications importantes des taux ou des bases de remboursement de la Sécurité sociale, de décision de déremboursement ou de modification importante du système de santé ayant pour effet de modifier la nature du risque assuré et son évaluation par l'Assureur. A défaut, l'Assureur se réserve le droit de conserver le remboursement complémentaire qui était le sien en valeur absolue avant la modification législative ou réglementaire.

Sans préjudice des dispositions sur l'indexation et la majoration des garanties, pour les assurés dont les garanties seraient maintenues conformément aux dispositions de l'article « FIN DE L'ADHESION » des présentes Conditions Générales, les cotisations évolueront de la manière suivante :

- **1^{ère} année : pas de majoration du tarif ;**
- **2^{ème} année : tarif de la 1^{ère} année majorée de 25% ;**
- **3^{ème} année : tarif de la 1^{ère} année majorée de 50%.**

La 1^{ère} année est la période comprise entre le moment de la liquidation totale ou partielle de la pension de retraite et la fin de l'année civile en cours.

Article 5.7 REVISION DES COTISATIONS

Le montant des cotisations sera également révisé, le cas échéant, en cours d'année, en cas de modifications législative ou réglementaire ayant pour effet de modifier la nature du risque assuré et son évaluation par l'Assureur.

Les niveaux de garanties sont établis en considération de la réglementation du régime de Sécurité sociale français.

Si ultérieurement une nouvelle réglementation ou les dispositions prises par l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie en application des dispositions législatives ou réglementaires alors en vigueur entraîne(nt) une modification des engagements pris par l'adhérent et l'Assureur, les dispositions suivantes seront applicables en cours d'exercice, selon le contexte et les contraintes réglementaires et suivant la procédure de l'art L. 133-4 du Code des assurances :

- Lorsque la révision est motivée par la nécessité de conserver au Contrat son caractère « responsable » :

L'Assureur indiquera à l'adhérent les modifications nécessaires pour maintenir au Contrat son caractère « responsable » dans les conditions simplifiées définies par l'avant dernier alinéa de l'article L.112-3 du Code des assurances. En cas de refus, l'Assureur adressera à l'adhérent une lettre recommandée l'informant de la résiliation de l'adhésion

- Lorsque la modification est motivée par d'autres évolutions de la législation ou réglementation de la Sécurité sociale :

L'Assureur procédera à l'ajustement de la cotisation. Si l'adhérent ne donne pas suite à la proposition de l'Assureur ou refuse expressément la nouvelle cotisation, l'Assureur peut résilier l'adhésion dans les 10 jours après notification par lettre recommandée. L'Assureur se réserve aussi la faculté d'établir son remboursement en référence à la législation en vigueur lors de l'adhésion au Contrat.



ENTORIA

CG_SANTETNS_01/2020

www.entoria.fr

ENTORIA – 166 rue Jules Guesde – 92300 LEVALLOIS-PERRET – SAS au capital de 2 000 000 € - SIREN 804 125 391 – N°ORIAS : 19 005 943
Sous le contrôle de l'ACPR, Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution - 4, place de Budapest, CS 92459 - 75436 PARIS Cedex 09 - www.acpr.banque-france.fr
Assurance de Responsabilité Civile Professionnelle et Garantie Financière conformes au code des assurances