

PRÉAMBULE

Le présent contrat est un contrat d'assurance de groupe à adhésion facultative ouvert aux membres des associations ALPTIS et APTI. La gestion de ce contrat est déléguée à ALPTIS ASSURANCES, société de gestion et de courtage dont le siège social est situé 25, cours Albert Thomas - 69445 LYON CEDEX 03. Le nom et les mentions légales de l'organisme assureur, de l'association auprès de laquelle l'adhésion est enregistrée, le numéro de contrat, le niveau de garantie et le cas échéant, le ou les pack(s) choisie(s) sont précisés sur votre certificat d'adhésion. Le contrat s'inscrit dans le cadre des dispositifs législatifs des contrats responsables et solidaires. Les relations précontractuelles et contractuelles entre les parties sont régies par le droit français et notamment par le Code de la mutualité. Les parties utiliseront la langue française pendant toute la durée de l'adhésion.

OBJET DU CONTRAT

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

Ce contrat ne peut pas être souscrit en tant que surcomplémentaire à une assurance complémentaire de frais de santé. Il intervient en complément du régime de base.

ADHÉSION AU CONTRAT

CONDITIONS D'ADHÉSION

Pour être assurables au titre du présent contrat, l'adhérent et ses ayants droit doivent être des personnes physiques résidant en France métropolitaine (y compris Corse, **hors Monaco**) ou dans les DOM (**à l'exclusion de Mayotte**), à Saint-Barthélemy ou à Saint-Martin (**territoire français**).

L'adhérent doit être âgé de moins de 65 ans (**65 ans exclu**), au jour de l'adhésion pour la garantie de base et de moins de 80 ans (**80 ans exclu**) pour adhérer aux packs.

Tous les membres d'une même famille doivent souscrire le même niveau de garantie et le cas échéant le ou les même(s) pack(s) et s'inscrire sur le même dossier. En cas d'adhésion sur le dossier d'un conjoint de plus de 65 ans et de moins de 75 ans, le niveau maximum qui pourra être souscrit est DIVINEA 2. Les packs ne peuvent être souscrits seuls.

Les bénéficiaires des prestations doivent être affiliés à l'un des régimes de base de la protection sociale française.

Toutefois, pour l'adhérent et les bénéficiaires des prestations affiliés au régime Alsace-Moselle, la souscription n'est possible qu'à partir de DIVINEA 2.

FORMALITÉS D'ADHÉSION

- L'adhérent doit compléter, signer et dater une demande d'adhésion indiquant le niveau de garantie choisi et les éventuels ayants droit à garantir.
- Aucun questionnaire médical n'est exigé.

PRISE D'EFFET DE L'ADHÉSION

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

DROIT DE RENONCIATION

L'adhérent dispose d'un délai de 30 (trente) jours calendaires révolus pour renoncer à son adhésion à compter de la date de conclusion de celle-ci (qui correspond à la date d'émission du certificat d'adhésion).

En cas de renonciation, les dispositions suivantes s'appliquent :

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

En cas d'adhésion dans le cadre d'un démarchage à domicile :

L'article L. 112-9 du Code des assurances dispose que "Toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, et qui signe dans ce cadre une proposition d'assurance ou un contrat à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée avec demande d'avis de réception pendant le délai de quatorze jours calendaires révolus à compter du jour de la conclusion du contrat, sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités".

Afin de faciliter l'exercice de ce droit, et par dérogation au texte ci-dessus, le délai de renonciation est porté, dans le cadre du présent contrat, à 30 (trente) jours calendaires révolus à compter de la conclusion de l'adhésion (qui correspond à la date d'émission du certificat d'adhésion).

Modalités d'exercice du droit de renonciation :

Le courrier de renonciation devra être envoyé à ALPTIS ASSURANCES, 25 cours Albert Thomas - 69445 LYON CEDEX 03, en recommandé avec accusé de réception.

Modèle de lettre de renonciation :

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

A..... Le

Signature

PRISE D'EFFET DES GARANTIES - DÉLAI D'ATTENTE

Le droit aux prestations est acquis à la date de prise d'effet de l'adhésion ou de l'inscription au contrat en cas de modification de la situation de la famille.

Aucun délai d'attente ne s'applique sur la garantie de base.

Pour les packs:

- le droit aux prestations est acquis à la date de prise d'effet de l'adhésion lorsque la souscription du pack intervient simultanément avec la garantie de base ;
- en cas de souscription ultérieure, un délai d'attente de 6 mois s'applique pour le pack Optique / Dentaire et de 3 mois pour le pack Bien être, à compter de la date de prise d'effet de l'adhésion au(x) pack(s).

MODIFICATION DE GARANTIE

Garantie de base

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

Packs

L'adhérent peut demander à ajouter le ou les pack(s), pour un effet au 1^{er} jour du mois qui suit la demande. Les délais d'attente s'appliquent.

L'adhérent peut demander de résilier son ou ses pack(s) pour un effet au 1^{er} janvier qui suit la demande. La souscription et la résiliation des packs sont familiales.

Pour l'ensemble des garanties

Les limites d'âge d'accès aux garanties doivent aussi être respectées lors de la modification de la garantie.

- En cas de changement de niveau au sein de la gamme, ou de changement de gamme (adhésion à une autre complémentaire santé Alptis), les prestations de 1^{ère} année et les éventuels plafonds dentaires s'appliquent.
- En cas de changement de niveau au sein de la gamme, ou de changement de gamme (adhésion à une autre complémentaire santé Alptis), les reports acquis dans l'ancien niveau sont pris en compte pour le calcul des prestations, dans la limite du report prévu par la nouvelle garantie.

DURÉE DE L'ADHÉSION

La garantie acquise est viagère sauf en cas de déclarations inexactes faites à l'adhésion ou de perte de la qualité d'assuré social affilié à un régime de base ou dans les cas définis au paragraphe cessation des garanties. En cours de contrat, aucun bénéficiaire des prestations ne peut être exclu de la garantie, ni voir sa cotisation majorée en raison d'une dégradation de son état de santé. L'adhésion s'entend pour la durée de l'année civile en cours, puis se renouvelle annuellement par tacite reconduction.

GARANTIES

RISQUES COUVERTS

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

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

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

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

Le présent contrat dit responsable, prend en charge dans les conditions fixées par l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale et ses textes d'application :

- les prestations liées aux consultations et prescriptions des médecins consultés dans le cadre du respect du parcours de soins, mentionnées à l'article L. 162-5-3 du Code de la Sécurité sociale dans les conditions définies au I de l'article R. 871-2 du Code de la Sécurité sociale ;
- les prestations liées à la prévention dans les conditions définies au II de l'article R. 871-2 du Code de la Sécurité sociale, dont la liste est fixée par l'arrêté du 8 juin 2006.

FONCTIONNEMENT DES MONTANTS EXPRIMÉS EN EUROS

Les montants exprimés en euros sont alloués par année d'adhésion (c'est-à-dire par période de 12 mois successifs, à partir de la date d'effet de la garantie) et par bénéficiaire.

BONUS FIDÉLITÉ

Les remboursements des prestations en secteur conventionné sont majorés, après la 1^{ère} année d'adhésion selon les montants et conditions prévus dans le descriptif de prestations :

- Pour le poste "honoraires hospitalisations" sur tous les niveaux,
- Pour le poste "chambre particulière" sur DIVINEA 4.

Le nombre d'années est calculé à partir de la date d'effet de la garantie du bénéficiaire des prestations.

REPORT DES MONTANTS EXPRIMÉS EN EUROS NON UTILISÉS POUR LE POSTE OPTIQUE, LES PROTHÈSES AUDITIVES ET POUR LE PACK OPTIQUE / DENTAIRE

Si le montant exprimé en euros n'a pas été utilisé au cours d'une année, calculée à partir de la date d'effet de la garantie ou le cas échéant du pack Optique / Dentaire, 50 % de ce montant s'ajoute au montant de l'année suivante, dans la limite de 2 années, soit au maximum deux fois la valeur initiale du montant de base.

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

Le forfait hospitalier, mentionné dans le descriptif de prestations, correspond au forfait journalier prévu à l'article L. 174-4 du Code de la Sécurité sociale fixé par arrêté.

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

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

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

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

Pour le forfait journalier, le nombre de jours indemnisés est illimité en cas d'hospitalisation chirurgicale et médicale et **limité à 90 jours par an en établissements et unités spécialisés**. Pour la chambre particulière, le nombre de jours indemnisés est illimité en cas d'hospitalisation chirurgicale et médicale (**hors psychiatrie**), **limité à 90 jours par an pour les établissements et unités de soins de suite et de réadaptation, et exclu pour les établissements et unités psychiatriques**.

Pour les séjours accompagnant, le nombre de jours indemnisés est **limité à 60 jours par an**.

Le forfait naissance ou adoption est versé si l'inscription de l'enfant intervient dans les deux mois qui suivent sa naissance ou son adoption.

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

CURES THERMALES

Seules les cures thermales médicalement prescrites et prises en charge par le régime de base sont remboursées.

ACTES DE MÉDECINES NON CONVENTIONNELLES (OPTION PACK BIEN ÊTRE)

Les actes, non pris en charge par le régime de base, de shiatsu, d'acupuncteur, d'ostéopathe, de chiropracteur, d'étiopathe, de réflexologue, de naturopathe, de phytothérapeute, de psychologue, de sexologue, de psychomotricien, de sophrologue, de pédicure-podologue, de diététicien, et de nutritionniste sont pris en charge dans la limite de 5 séances par année d'adhésion (c'est-à-dire par période de 12 mois successifs à compter de la date d'effet de la garantie) et par bénéficiaire selon le montant prévu, toutes spécialités confondues.

Ces actes doivent avoir été réalisés par des praticiens pouvant justifier d'un diplôme d'état ou universitaire, d'une formation certifiée par l'Ecole de la spécialité ou d'une certification par la fédération française de la discipline.

Pour les spécialités suivantes : psychologie, psychomotricité, pédicure-podologie, diététique, un diplôme d'état est obligatoire.

PRISE EN CHARGE EN CAS D'HOSPITALISATION

En cas d'hospitalisation dans toute la France dans un établissement conventionné (cliniques, hôpitaux publics et privés) pratiquant le tiers payant avec les caisses de Sécurité sociale, ALPTIS ASSURANCES délivre des prises en charge.

ÉTENDUE TERRITORIALE DES GARANTIES

Les garanties sont accordées en France métropolitaine, dans les DOM (**à l'exclusion de Mayotte**), à Saint-Barthélemy ou à Saint-Martin (**territoire français**), et dans le monde entier lors de séjours n'excédant pas deux mois par an.

Toutefois, l'indemnisation des soins effectués à l'étranger est subordonnée à la prise en charge par le régime de base en France. Le niveau des remboursements est défini dans le poste "Soins et prestations inopinés à l'étranger" du descriptif des prestations.

Les règlements sont effectués en France et en euros.

RISQUES EXCLUS

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

- la guerre civile et étrangère ;
- la désintégration du noyau atomique ;
- les faits volontaires du bénéficiaire des prestations, y compris la mutilation volontaire et la tentative de suicide ;
- l'usage de stupéfiants non ordonnés médicalement.

De plus, ne sont pas pris en charge :

- les frais relatifs aux soins effectués antérieurement à la date d'adhésion ou postérieurement à la date de cessation des garanties ;
- les séjours qui sont en cours à la date d'adhésion, dans tous types d'établissements, sauf si l'adhésion fait suite à une couverture antérieure, sans interruption entre les deux contrats ;

- les séjours et frais relatifs aux établissements médico-sociaux : établissements pour personnes handicapées (instituts ou centres médico-psychopédagogiques, instituts médico-éducatifs, maisons accueil spécialisées, institut médico-professionnel, foyer d'accueil médicalisé, service d'accueil médico-social pour adulte handicapé...), établissements pour personnes âgées (maison de retraite, établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes, service de soins infirmiers à domicile...), les CCAA, ACT, CAARUD, LHSS... ;
- les séjours en maisons d'enfants ;
- les frais relatifs aux établissements de longs séjours ;
- les cures de sommeil, amaigrissement, rajeunissement, désintoxication, ainsi que leurs suites ;
- la chirurgie esthétique et les actes esthétiques non consécutifs à un accident ; le caractère esthétique est établi par le Médecin Conseil de l'organisme assureur indépendamment de tout accord ou refus de prise en charge du régime de base du bénéficiaire des prestations ;
- les actes cotés hors nomenclature sauf mention contraire prévue dans le descriptif des prestations.

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

I. la participation forfaitaire instaurée par l'article L. 322-2-II du Code de la Sécurité sociale et la franchise médicale instaurée par l'article L. 322-2-III du Code de la Sécurité sociale ;

II. les pénalités résultant du non respect du parcours de soins :

- la majoration du ticket modérateur mentionnée à l'article L. 162-5-3 du Code de la Sécurité sociale ;
- les dépassements d'honoraires sur les actes cliniques et techniques pris en application du 18° de l'article L. 162-5 du Code de la Sécurité sociale, à hauteur au moins du dépassement autorisé sur les actes cliniques ;

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

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

LIMITE DES PRESTATIONS

Les remboursements ou les indemnisations ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge du bénéficiaire des prestations après les remboursements de toute nature auxquels il a droit.

COTISATIONS

DÉPARTEMENT DE RÉSIDENCE

La cotisation de la garantie de base prend en compte le département de la résidence principale de l'adhérent au moment de son adhésion à la garantie.

PAIEMENT DES COTISATIONS

Les cotisations sont payables d'avance annuellement.

Elles peuvent faire l'objet d'un fractionnement semestriel, trimestriel ou mensuel.

AIDE À L'ACQUISITION D'UNE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ (CRÉDIT D'IMPÔT)

Le présent contrat peut permettre aux adhérents qui remplissent les conditions afférentes, de bénéficier de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé, prévue à l'article L. 863-1 et suivants du Code de la Sécurité sociale (droit à déduction sur les cotisations de protection complémentaire santé).

Pour tout renseignement, contacter l'organisme gérant votre régime de base.

CESSATION DES GARANTIES

Les garanties cessent dans les cas suivants :

- dès que le bénéficiaire des prestations ne remplit plus les conditions pour être garanti ;
- en cas d'exercice de la faculté de renonciation ;
- en cas de dénonciation de l'adhésion suite à une modification du contrat d'assurance de groupe ;
- en cas de décès du bénéficiaire des prestations ;
- en cas de résiliation par l'adhérent à l'échéance annuelle au 31 décembre, par lettre recommandée, adressée au siège d'ALPTIS ASSURANCES - 25 cours Albert Thomas 69445 Lyon cedex 03, avec un préavis de 2 mois (avant le premier novembre) ; les cotisations restent dues pour la totalité de l'exercice (jusqu'au 31 décembre).
- en cas de démission par l'adhérent de l'association : celle-ci s'effectue dans les mêmes conditions que celles prévues ci-dessus en cas de résiliation par l'adhérent ;
- en cas de non paiement des cotisations : à défaut du paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation dans les 10 jours de son échéance, ALPTIS ASSURANCES adressera à l'adhérent par lettre recommandée, une mise en demeure pouvant entraîner son exclusion à l'expiration d'un délai de quarante jours, dans les conditions définies à l'article L. 221-8 II du Code de la mutualité. Les cotisations sont dues jusqu'à la fin de l'exercice en cours. Les garanties cessent à la date d'effet de la résiliation.

Les conditions de radiation d'un ayant droit sont identiques aux conditions de résiliation d'un adhérent.

La résiliation de la garantie de base entraîne la résiliation des packs.

DEMANDES DE REMBOURSEMENTS

Afin d'éviter l'envoi des décomptes papiers, ALPTIS ASSURANCES pratique la télétransmission informatique des décomptes de prestations du régime de base. Lorsque celle-ci est opérationnelle, la mention "nous avons également transmis ces informations à votre organisme complémentaire" figure sur le décompte de votre régime de base. Le service de télétransmission est un service gratuit. Cette liaison est réalisée à réception des attestations délivrées avec la carte Vitale de tous les bénéficiaires des prestations inscrits.

Lorsque la télétransmission n'est pas opérationnelle, les bénéficiaires des prestations doivent adresser à ALPTIS ASSURANCES les décomptes originaux des prestations délivrés par le régime de base pour obtenir le règlement des prestations. En outre, pour obtenir le règlement des prestations dont les montants sont exprimés en euros (dentaire, optique...), le bénéficiaire des prestations doit envoyer à ALPTIS ASSURANCES les factures originales et acquittées pour les actes non pris en charge par le régime de base et un acte de naissance ou la copie du jugement d'adoption.

Dans tous les cas, l'organisme assureur peut subordonner le service des prestations à la communication préalable par le bénéficiaire des prestations d'informations ou justificatifs complémentaires. **Le refus de communiquer les éléments demandés peut entraîner la perte de tous droits aux prestations. Les demandes de remboursements doivent être présentées dans un délai maximum de 6 mois suivant la date de cessation des soins, sous peine de déchéance.** La date des soins prise en compte est celle retenue par le régime de base sur le décompte.

Tiers payant

Le tiers payant pharmacie et hospitalisation est disponible dans tous les départements, ainsi qu'à Saint-Barthélemy et Saint-Martin et selon accords passés avec les praticiens pour les autres prestations.

- Le tiers payant hospitalisation est plafonné à 400 % BRSS. Le complément du remboursement est versé à l'adhérent sur présentation de la facture acquittée de l'établissement hospitalier et du décompte du régime de base.
- Pour les autres prestations, le tiers payant est limité au ticket modérateur, sauf pour l'optique.

Option Responsable

En cas de souscription de l'option responsable, ALPTIS ASSURANCES prélève des frais de fonctionnement en cas d'usage du tiers payant, à hauteur de 2 euros par facture, pour les spécialités ouvertes au tiers payant (hors hospitalisation). La souscription de l'Option Responsable est familiale.

Si plusieurs de ces actes sont rattachés à une même facture, les frais de fonctionnement du tiers payant ne seront appliqués qu'une seule fois. Si le bénéficiaire des prestations n'utilise pas son tiers payant, les frais ne lui sont pas appliqués et il doit faire parvenir à ALPTIS ASSURANCES l'original du relevé de remboursement délivré par son régime de base.

Les frais de fonctionnement du tiers payant sont dus par l'adhérent à ALPTIS ASSURANCES et retenus sur le paiement des remboursements ultérieurs. Le montant des frais de fonctionnement du tiers payant est indiqué sur les relevés de prestations.

VARIATIONS DES COTISATIONS ET DES GARANTIES

Outre l'évolution en fonction de l'âge, les cotisations sont indexées au premier janvier de chaque année en fonction de l'évolution de la consommation médicale totale (CMT) nationale, et des résultats du contrat.

De même, les garanties et les cotisations peuvent être réactualisées à tout moment en cas de modification des remboursements des régimes de base, ou de la législation fiscale ou sociale.

En cas de modification de ses droits et obligations, l'adhérent dispose d'une faculté de résiliation dans les conditions définies à l'article L. 221-6 du Code de la mutualité.

CHANGEMENT DE LA SITUATION DU BÉNÉFICIAIRE DES PRESTATIONS

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

- d'un changement d'adresse : par défaut, les lettres adressées au dernier domicile connu produiront tous leurs effets ;
- d'un changement du département de résidence : les modifications tarifaires éventuelles liées au changement du département de résidence, prennent effet au premier janvier suivant ;
- d'un changement du régime de base ;
- d'un changement de profession.

DISPOSITIONS DIVERSES

DROIT DE COMMUNICATION ET DE RECTIFICATION

Loi 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée

Les informations recueillies par ALPTIS ASSURANCES sont nécessaires à l'appréciation de la demande d'adhésion et font l'objet d'un traitement informatique pour les besoins de la gestion de votre adhésion au contrat. Ces informations peuvent également être utilisées aux fins d'études statistiques, de prévention de la fraude ou d'obligations légales et à des fins commerciales. Certaines de ces données seront transmises à l'association souscriptrice, à l'organisme assureur et à nos partenaires appelés à connaître de l'adhésion en raison de sa gestion. ALPTIS ASSURANCES prend toutes les précautions propres à assurer la sécurité et la confidentialité de vos données personnelles. Conformément à la loi "Informatique et libertés" du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent ; vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant. Vous pouvez exercer ces droits en vous adressant à : ALPTIS ASSURANCES, 25 cours Albert Thomas, 69445 Lyon cedex 03 ou contact-cnil@alptis.fr. ALPTIS ASSURANCES se chargera de diffuser ces éventuelles modifications aux autres destinataires.

AUTORITÉ CHARGÉE DU CONTRÔLE

L'autorité chargée du contrôle des organismes assureurs et d'ALPTIS ASSURANCES est l'Autorité de Contrôle Prudentiel (ACP) - 61, rue Taitbout - 75436 PARIS CEDEX 09.

DÉLAI DE PRESCRIPTION

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

Article L.221-11 du Code de la mutualité :

Toutes actions dérivant des opérations régies par le présent titre 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, du fait du membre participant, que du jour où la mutuelle ou l'union en a eu connaissance ;

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

Quand l'action du participant, du bénéficiaire ou de l'ayant droit contre la mutuelle ou l'union a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre le membre participant ou l'ayant droit, ou a été indemnisé par celui-ci (...).

Article L.221-12 du Code de la mutualité :

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par la mutuelle ou l'union au membre participant, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par le membre participant, le bénéficiaire ou l'ayant droit à la mutuelle ou à l'union, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription sont la reconnaissance du droit du bénéficiaire des prestations, la demande en justice et le commandement.

Article L.221-12-1 du Code de la mutualité :

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

SANCTIONS EN CAS DE FAUSSE DÉCLARATION

Les déclarations faites par l'adhérent pour lui-même et les autres bénéficiaires des prestations servent de base à l'adhésion. **En cas de réticence, omission ou déclaration fautive ou inexacte intentionnelle ou non lors de l'adhésion ou lors de la déclaration de sinistre, seront appliquées selon les cas, les dispositions des articles L. 221-14 (nullité du contrat), L. 221-15 (réduction des indemnités) du Code de la mutualité.**

SUBROGATION

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

EXAMEN DES RÉCLAMATIONS - MÉDIATION

En cas de difficulté dans l'application du contrat, l'adhérent formule sa réclamation à ALPTIS ASSURANCES. Si la réponse apportée ne convient pas, l'adhérent peut adresser une nouvelle réclamation auprès de l'organisme assureur qui communiquera, si la position est maintenue, les coordonnées d'un médiateur indépendant.