



## Conditions générales

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

# Complémentaire Santé Solidaris

Pour les personnes en situation de Handicap

## PRÉAMBULE

Il a été conclu entre l'Association des Assurés d'APRIL (association loi 1901), située 114 Boulevard Marius Vivier Merle, 69003 Lyon, dont l'objet social est d'étudier, de souscrire et de promouvoir au profit de ses Adhérents, tout type d'assurance autorisée par la loi, sous la forme d'assurance collective, dont le risque est assuré par des organismes d'assurance habilités, relevant soit du Code des assurances, soit du Code de la mutualité ou encore du Code de la Sécurité sociale), et AXERIA Prévoyance (ci-après dénommé « l'Assureur ») société anonyme d'assurances au capital de 31 000 000 €, entreprise régie par le code des assurances, dont le siège social se situe 83/85 Boulevard Vivier Merle 69003 LYON, immatriculée au RCS de Lyon sous le n° 350 261 129, une convention de groupe à adhésion facultative dont la gestion a été confiée à APRIL MARKETING SOLUTIONS, 114 Boulevard Marius Vivier Merle, 69439 Lyon Cedex 03, société anonyme de courtage en assurances, immatriculée sous le numéro 493 481 782 au R.C.S. de LYON, et immatriculée à l'ORIAS sous le numéro 08 040 826, dénommée ci-après AGLAE GESTION.

Cette convention est ouverte aux membres de l'Association des Assurés d'APRIL.

Cette convention est soumise au droit français et régie par le Code des assurances, les présentes conditions générales, les Certificats d'adhésion remis aux Adhérents.

L'autorité chargée du contrôle de l'organisme assureur est l'Autorité de Contrôle des assurances et des Mutuelles (ACAM) située 61 rue Taitbout, 75436 PARIS Cedex 09.

Les garanties de la présente convention d'assurance s'inscrivent dans le cadre du dispositif législatif relatif aux contrats d'assurance complémentaire santé bénéficiant d'une aide, dit "Contrats responsables" issus de l'article 57 de la loi n°2004-810 du 13 août 2004 et de ses décrets d'application.

En conséquence, les garanties et les niveaux de remboursement de la présente convention seront automatiquement adaptés, pour chacune des adhésions, en fonction des évolutions législatives et réglementaires régissant les "Contrats responsables" qui pourraient intervenir ultérieurement.

## GARANTIES ET VIE DU CONTRAT

### ART. 1 - OBJET

Cette convention a pour objet d'accorder aux Assurés un remboursement complémentaire à celui de leur régime obligatoire pour les dépenses de santé.

### ART. 2 – FORMALITES D'ADHESION

L'adhésion à la présente convention est réservée aux membres de l'Association des Assurés d'April.

Pour être Adhérent, tout proposant doit :

- être âgé d'au moins 18 ans et de moins de 65 ans à la date d'adhésion,
- être affilié à un régime d'assurance maladie obligatoire français,
- et résider en France continentale.

Peut être Assuré au titre de cette convention l'Adhérent ou un Enfant à charge de l'Adhérent ayant la qualité "d'ayant droit" aux prestations en nature du régime d'Assurance Maladie Obligatoire français.

L'Adhérent doit remplir, dater et signer une demande d'adhésion à la présente convention en indiquant notamment :

- la date d'effet souhaitée (au maximum 6 mois après la date de signature la demande d'adhésion)
- le type de garantie choisi : garantie Handicap Moteur, garantie Malvoyant, garantie Non Voyant, garantie Malentendant, ainsi que les options retenues associées le cas échéant (option Essentiel, Confort, Super Confort ou Excellence).

L'acceptation par l'Assureur est concrétisée par l'émission du Certificat d'adhésion.

### ART. 3 – CONTENU DES GARANTIES

La présente convention garantit le remboursement des dépenses de santé médicalement prescrites à la suite d'une Maladie ou d'un Accident et qui ont fait l'objet d'un remboursement préalable effectué au titre d'un régime obligatoire français d'assurance maladie, sauf dispositions plus favorables indiquées au tableau des garanties.

Le montant des remboursements est calculé poste par poste, en fonction des garanties et du niveau choisi et indiquée au Certificat d'adhésion.

• Pour les prestations qui sont exprimées en pourcentage du Tarif de Remboursement, c'est-à-dire en pourcentage de la Base de Remboursement ou du Tarif d'autorité de la Sécurité sociale, les maxima de remboursement incluent les remboursements du régime obligatoire et de tout autre organisme. Pour les actes, conventionnés ou non conventionnés, concernés par la nouvelle nomenclature CCAM, les garanties exprimées en pourcentage du Tarif de Convention (TC), du Tarif d'Autorité (TA) ou du Tarif de Responsabilité (TR) désignent des remboursements en pourcentage de la Base de Remboursement du Régime Obligatoire.

• pour les garanties qui sont exprimées sous forme de forfait en euros, les maxima de remboursement sont égaux aux sommes indiquées dans le tableau des garanties.

Si les remboursements du Régime obligatoire sont modifiés au cours de l'année, l'Assureur se réserve le droit de conserver la base de remboursement qui était la sienne en valeur absolue avant ladite modification.

Seuls les frais correspondant à des actes dispensés pendant la période de garantie pourront être indemnisés.

#### Plafonds :

Certains postes de remboursement sont plafonnés par Année d'adhésion et par Assuré selon le niveau de garantie choisi, conformément aux tableaux des garanties et sous déduction, s'il y a lieu, des prestations d'autres organismes.

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

**Les plafonds et limites non atteints et les forfaits non utilisés en totalité sur une Année d'adhésion ne donnent pas lieu à report sur les années suivantes.**

#### Concernant plus particulièrement :

##### - L'hospitalisation

• En cas d'hospitalisation suite à une maladie au cours des 6 premiers mois d'adhésion, le montant garanti pour les honoraires chirurgicaux et les frais de séjour est plafonné à 100% du T.C.

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

Les séjours en établissements climatiques, de rééducation, de réadaptation et de diététique, les cures (à l'exclusion de la thalassothérapie) avec hospitalisation, les frais de maisons de repos, d'enfants, de convalescence, de moyens séjours ou assimilés, les séjours relatifs à la désintoxication alcoolique, médicamenteuse, de stupéfiants et substances analogues, sont pris en charge dans la limite prévue au tableau des garanties en fonction du niveau choisi sur la base de 100% du Tarif de convention y compris le forfait journalier à l'exclusion de la chambre particulière et déduction faite du remboursement du Régime obligatoire.

##### - La psychiatrie

• Les consultations de neuropsychiatrie, de psychiatrie et assimilées réalisées "hors parcours de soins coordonnés" c'est à dire en dehors des conditions définies par la loi n°2004-810 du 13 août 2004 et de ses décrets d'application, sont prises en charge dans la limite de 3 consultations maximum par Année d'adhésion et par Bénéficiaire d'après les remboursements prévus selon le niveau de garantie choisi.

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

#### - Les prestations de prévention

L'ensemble des prestations de prévention, prévues à l'article R 871-2 du Code de la Sécurité sociale et définies par arrêté du 8 juin 2006, est au moins remboursé au Ticket Modérateur.

#### - Le dentaire

##### • Forfait soins dentaires hors nomenclature :

Les dépenses de prothèses dentaires, d'implants, d'actes de parodontologie ou d'orthodontie sont prises en charge dans la limite du forfait prévu au tableau des garanties en fonction du niveau choisi.

**Il n'est versé qu'un seul forfait par Bénéficiaire et par Année d'adhésion.**

#### - L'optique

##### • Forfait optique :

Les verres, montures et lentilles sont pris en charge dans la limite du forfait prévu au tableau des garanties en fonction du niveau choisi. **Il n'est versé qu'un seul forfait par Bénéficiaire et par Année d'adhésion.**

##### • Forfait chirurgie réfractive :

Les dépenses liées à la chirurgie réfractive par laser pour le traitement de la myopie sont prises en charge dans la limite du forfait prévu au tableau des garanties en fonction du niveau choisi. **Il n'est versé qu'un seul forfait par Bénéficiaire et par Année d'adhésion.**

#### - Auxiliaires médicaux non remboursés par la Sécurité sociale :

Sont prises en charge dans la limite du forfait prévu au tableau des garanties en fonction du niveau choisi :

- les dépenses liées à des actes d'Ostéopathie, de Chiropractie non remboursés par le Régime obligatoire,
- les dépenses liées à des actes d'Ergothérapie, de psychomotricités pratiquées par un médecin ou un kinésithérapeute immatriculé à la Sécurité sociale, et non remboursées par le Régime obligatoire,
- les dépenses liées à des actes de Podologue, pédicure non remboursées par le Régime obligatoire.

**Il n'est versé qu'un seul forfait par Bénéficiaire et par Année d'adhésion.**

#### - Les forfaits

##### • Forfait cure thermique :

Les frais de cure thermique (pris en charge par le Régime obligatoire) sont remboursés par le forfait prévu au tableau des garanties selon le niveau choisi. **Il n'est versé qu'un seul forfait par Bénéficiaire et par Année d'adhésion.**

##### • Forfait naissance/adoption :

La naissance d'un enfant ou l'adoption fait l'objet du versement d'un forfait selon le niveau choisi. Il est versé au Bénéficiaire en cas de naissance d'un enfant. **Il exclut le remboursement de tout autre frais, à l'exception des honoraires et des frais de séjour en cas d'intervention chirurgicale ou de complication pathologique et le supplément chambre particulière, qui sont remboursés selon les garanties du niveau choisi.**

#### Etendue géographique :

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

#### Tiers Payant :

L'attestation "Tiers Payant" permet de bénéficier du tiers payant auprès des professionnels de santé avec lesquels une convention a été passée : pharmaciens, opticiens, radiologues, laboratoires d'analyses médicales, kinésithérapeutes, infirmiers, orthophonistes, dentistes...

Les règles de fonctionnement du tiers payant sont adressées à l'Adhérent par AGLAE Gestion avec le certificat d'adhésion.

En cas de suspension ou de résiliation du contrat, l'Adhérent s'engage à restituer immédiatement la carte tiers payant à AGLAE Gestion. Il s'engage également à rembourser à l'Assureur les prestations indûment réglées aux pharmaciens postérieurement à cette suspension ou cette résiliation.

### ART. 4 – CONTROLE DES PRESTATIONS VERSEES

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

### ART. 5 – EXPERTISE

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

**Pour cela, sous peine de déchéance de garantie, les médecins désignés par AGLAE Gestion doivent avoir libre accès auprès du**

### Bénéficiaire afin de pouvoir constater son état, à défaut le service des prestations sera suspendu ou supprimé.

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

En cas de contestation d'ordre médical, chacune des parties désigne un médecin. Si les médecins ainsi désignés ne sont pas d'accord, ils s'adjoignent un troisième médecin dont la décision s'impose.

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

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

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

### ART. 6 – REGLEMENT DES PRESTATIONS

Les originaux des pièces suivantes doivent être adressés à AGLAE Gestion dans les 3 mois qui suivent le paiement du régime obligatoire ou l'arrivée d'un enfant :

- les décomptes originaux du régime obligatoire (si vous ne bénéficiez pas de la Télétransmission),
- les notes ou factures acquittées (détaillant les actes et prestations réalisés),
- les décomptes établis par d'autres organismes de prévoyance,
- les prescriptions médicales et les factures correspondantes, une copie du livret de famille pour le forfait naissance.

### ART. 7 – COTISATIONS

La cotisation est calculée à l'adhésion en fonction de l'âge de chaque Assuré, du Régime obligatoire et des garanties souscrites. L'âge de l'Assuré est déterminé par différence de millésimes entre l'année en cours et l'année de naissance.

Les taxes actuelles à la charge des Adhérents sont comprises dans la cotisation. Tout changement du taux de ces taxes entraînera une modification du montant de la cotisation.

Au 1er janvier de chaque année, les cotisations sont révisées en fonction de l'âge de chaque Assuré et de la consommation médicale du groupe assuré. La composition du groupe tient compte de l'année d'adhésion, de l'âge de chaque Assuré, de la zone géographique, de la Résidence, du Régime obligatoire et des garanties souscrites.

Des augmentations de cotisations peuvent également avoir lieu en cours d'année si les montants pris en charge par les Conventions d'assurance complémentaire santé venaient à être augmentés suite à évolution de la réglementation de la Sécurité sociale ou en cas de modification demandée par l'Adhérent concernant les critères ayant servi à la détermination de la cotisation (niveau de garantie, régime obligatoire, Assuré).

Les cotisations sont payables d'avance annuellement par prélèvement ou chèque tiré sur un compte ouvert dans un établissement bancaire situé en France. Elles peuvent faire l'objet d'un fractionnement semestriel, trimestriel ou mensuel, selon le mode de paiement choisi par l'Adhérent.

A défaut de paiement d'une cotisation dans les 10 jours de son échéance, AGLAE Gestion adressera à l'Adhérent une lettre recommandée de mise en demeure qui entraîne la suspension des garanties 30 jours après ladite mise en demeure. Après un nouveau délai de 10 jours, AGLAE Gestion résiliera de plein droit l'adhésion. En outre, il pourra réclamer le paiement des cotisations restant dues conformément au Code des assurances.

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

### ART. 8 – LIMITATIONS DES GARANTIES

**Ne sont pas garantis au titre du présent contrat :**

- les séjours en gérontologie, en Instituts Médico Pédagogiques et établissements similaires,

- les centres hospitaliers et assimilés pour personnes âgées dépendantes et les hospitalisations en longs séjours,
  - les soins esthétiques, les cures de toutes natures (sauf dispositions prévues à l'article 3), la thalassothérapie,
- En outre, le présent contrat ayant la qualité de « Contrat Responsable » il ne prendra jamais en charge :**
- la participation forfaitaire légale ou franchises médicales qui reste à la charge des assurés sociaux,
  - la diminution du remboursement de la Sécurité sociale et les dépassements d'honoraires consécutifs :
    - au non respect du parcours de soins coordonné,
    - au refus par l'assuré social d'autoriser le professionnel de santé d'accéder à son dossier médical personnel (DMP).

## ART. 9 – EFFET, DUREE ET CESSATION DES GARANTIES

### 9.1 - Date d'effet des garanties

A la date indiquée sur le Certificat d'adhésion et au plus tôt le lendemain zéro heure de la date de réception de la demande d'adhésion par AGLAE Gestion sous condition suspensive du paiement de la première cotisation et sous réserve d'acceptation par AGLAE Gestion concrétisée par l'émission d'un Certificat d'adhésion.

### 9.2 - Délais d'attente

L'Adhérent ayant déclaré à l'adhésion que l'Assuré a bénéficié de garanties "complémentaires santé" supérieures ou égales au cours du mois précédent la date de prise d'effet de la présente adhésion, devra joindre à sa demande d'adhésion une copie du certificat de radiation et des documents indiquant le niveau des garanties du précédent contrat. Dans cette hypothèse, aucun délai d'attente ne sera appliqué, à l'exception du forfait naissance ou adoption.

Pour le cas où l'Adhérent ne fournirait pas les documents susmentionnés justifiant le niveau des garanties du précédent contrat, il lui sera appliqué les délais d'attente suivants à compter de la date de prise d'effet des garanties :

#### Hospitalisation :

- Les garanties chambre particulière et frais d'accompagnant s'appliquent après un délai d'attente de 6 mois à compter de la date de prise d'effet des garanties, en cas d'hospitalisation suite à une Maladie.

#### En dentaire :

- Les garanties prothèses dentaires, parodontologie et orthodontie remboursées par le Régime obligatoire s'appliquent après un délai d'attente de 6 mois à compter de la date de prise d'effet des garanties.
- Les garanties prothèses dentaires, parodontologie et orthodontie non remboursées par le Régime obligatoire s'appliquent après un délai d'attente de 6 mois à compter de la date de prise d'effet des garanties.

#### En optique :

- Les forfaits optiques s'appliquent après un délai d'attente de 6 mois à compter de la date de prise d'effet des garanties.

#### En cas de maternité ou d'adoption :

- Le forfait naissance s'applique après un délai d'attente de 9 mois à compter de la date de prise d'effet des garanties.

Ces délais s'appliquent, en cas d'augmentation ou d'adjonction de garantie, aux prestations résultant de cette augmentation ou adjonction et sont décomptés à partir de la date d'effet des garanties mentionnées au Certificat d'adhésion.

### 9.3- Durée des garanties

L'adhésion s'entend pour la durée de l'année civile en cours.

Ensuite, sous réserve de ce qui est indiqué au paragraphe 9.4 "Cessation des garanties", l'adhésion se renouvelle chaque année par tacite reconduction au 1<sup>er</sup> janvier de chaque année, sans limitation d'âge.

### 9.4 - Cessation des garanties

Les garanties du contrat cessent:

- a) En cas de dénonciation de la convention par l'Association des Assurés d'APRIL ou l'Assureur à l'échéance annuelle (dans ce cas l'Association s'engage à en informer chaque Adhérent),
- b) en cas de résiliation par l'Adhérent à l'échéance annuelle au 31/12, par lettre recommandée adressée à AGLAE Gestion avec un préavis de 2 mois au moins,
- c) en cas de non-paiement des cotisations (cf.art 7),
- d) pour chaque Assuré, dès qu'il cesse d'appartenir à l'effectif assurable, ou cesse de réaliser les conditions pour être Bénéficiaire,
- e) en cas d'omission ou inexactitude dans la déclaration du risque à l'adhésion ou en cours de contrat.

### Sanctions en cas de fausse déclaration :

Toute inexactitude, omission, réticence ou fausse déclaration intentionnelle de la part de l'Assuré portant sur les éléments constitutifs du risque au moment de l'adhésion ou en cours d'adhésion, est sanctionnée même si elle a été sans influence sur le sinistre, par une réduction d'indemnité (Article L 113-9 du Code des assurances) ou même une nullité du contrat (Article L 113-8 du Code des assurances).

De même toute omission, réticence, fausse déclaration intentionnelle ou non dans la déclaration du sinistre expose l'Assuré à une déchéance de garanties voire une résiliation de l'adhésion selon les circonstances.

Les garanties et le droit aux prestations cessent à la date d'effet de la résiliation.

En cas de résiliation par l'Assureur ou l'Association dans les cas énoncés au a), l'Assureur s'engage à maintenir, sur demande de l'Adhérent, des garanties équivalentes à celles dont il bénéficiait à la date de résiliation.

### 9.5 Renonciation

#### Si l'adhésion à la convention fait suite à un démarchage à domicile :

Les dispositions suivantes issues de l'article L. 112-9-I. du Code des assurances s'appliquent :

"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.(...) Dès lors qu'il a connaissance d'un sinistre mettant en jeu la garantie du contrat, le souscripteur ne peut plus exercer ce droit de renonciation"

#### Si l'adhésion à la convention a été réalisée à distance :

L'Adhérent a la possibilité de renoncer à son adhésion dans un délai de quatorze (14) jours à compter du jour où le contrat à distance est conclu.

#### Dans ces deux cas, pour exercer le droit de renonciation :

L'Adhérent doit adresser à AGLAE Gestion une lettre de renonciation en recommandé avec accusé de réception à l'adresse suivante : **AGLAE Gestion Service Adhésion santé – Immeuble Aprilium 114 boulevard Marius Vivier Merle 69439 LYON Cedex 03.**

Le modèle de lettre ci-après peut être utilisé :

« Je soussigné(e) M ..... (nom, prénom, adresse) déclare renoncer à mon adhésion à la convention "La Complémentaire Santé Solidarité" n°..... que j'avais souscrit le ..... par l'intermédiaire du cabinet ..... »

Fait à ..... le ..... signature .....

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

Si des prestations ont déjà été versées au titre de l'adhésion à la Convention, l'Adhérent ne peut plus exercer son droit de renonciation.

## ART. 10 – PRESCRIPTION

Toute action dérivant de la présente adhésion est prescrite dans un délai de deux (2) ans à compter de l'événement qui y donne naissance. Le délai de réclamation sur les dossiers réglés est de 6 mois.

Toutefois ce délai ne court :

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

- En cas de Sinistre, que du jour où les Assurés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Si l'action de l'Assuré contre l'Organisme 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 interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription, par la désignation d'un expert en cas de Sinistre ou par l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressé par l'Adhérent ou le Bénéficiaire à AGLAE Gestion en ce qui concerne le règlement des prestations, et par AGLAE Gestion à l'Adhérent en ce qui concerne le paiement des cotisations.

En aucun cas il ne pourra être apporté de modification sur la durée de la prescription ni d'ajouts sur ses causes de suspension ou d'interruption et ce même en cas d'accord entre l'Adhérent et l'Organisme assureur.



## ART. 11 – CHANGEMENT DANS LA SITUATION DU BÉNÉFICIAIRE

L'ensemble des documents visés aux présentes ou autres correspondances relatives à l'adhésion doivent être transmis directement à AGLAE gestion.

En communiquant son adresse électronique, l'Adhérent accepte que les informations relatives à l'exécution de son adhésion soient transmises à cette adresse. Il peut à tout moment, par écrit, demander à AGLAE Gestion de cesser ce mode de communication.

En cas de changement d'adresse postale et/ou électronique, l'Adhérent doit avertir AGLAE gestion dans les plus brefs délais. A défaut, les courriers transmis à la dernière adresse connue produiront tous leurs effets.

L'adhésion est établie d'après les déclarations faites par l'Adhérent lors de l'adhésion et pendant la durée de celle-ci.

Ainsi, au cours de l'adhésion, l'Adhérent doit déclarer par écrit dès qu'il en connaît, tout changement concernant les critères ayant servi à la détermination de la cotisation à l'adhésion.

## ART. 12 – SUBROGATION

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

## ART. 13 – RECLAMATION

En cas de difficultés dans l'application de votre contrat, nous vous recommandons de vous adresser à votre assureur-conseil habituel. Si un différend éventuel persiste après réponse, vous pouvez adresser votre réclamation écrite au Service Clients AGLAE Gestion, 114 Boulevard Marius Vivier Merle, 69439 Lyon Cedex 03.

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

## LEXIQUE

Chaque terme ou expression mentionné(e) ci-dessus a, lorsqu'il ou elle est employé(e) avec une majuscule, la signification suivante :

### **Accident**

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

### **Adhérent**

Personne physique qui adhère à la convention de groupe La Complémentaire Santé Solidarité et s'engage à payer les cotisations.

### **Assuré ou Bénéficiaire**

L'Adhérent ou un Enfant à charge de l'Adhérent admis à l'assurance et désigné au Certificat d'adhésion.

### **Année d'adhésion**

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

### **Base de Remboursement**

Tarif de base déterminé par l'Assurance Maladie Française comme référence pour le calcul des remboursements (le montant remboursé par la Sécurité sociale résulte de l'application d'un taux de remboursement sur ce tarif de base).

Ce tarif de base peut selon les actes être désigné par l'Assurance Maladie sous les termes TA, TC, TFR ou TR.

### **Certificat d'adhésion**

Document remis à l'Adhérent confirmant l'adhésion à la présente convention de groupe et qui précise les garanties souscrites, le niveau choisi et la date d'effet des garanties.

### **Conjoint**

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

### **Délai d'Attente**

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

### **Enfant à charge**

Enfant de l'Adhérent fiscalement à sa charge et ayant droit aux prestations en nature du régime obligatoire français, jusqu'au 31 décembre de ses 18 ans, ou jusqu'au 31 décembre de ses 26 ans s'il poursuit des études à temps plein (certificat de scolarité exigé).

### **Maladie**

Toute altération de la santé constatée par une autorité médicale.

### **Régime obligatoire**

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

### **TA (Tarif d'Autorité)**

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

### **TC (Tarif de Convention)**

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

### **TM (Ticket Modérateur)**

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

### **TR (Tarif de Responsabilité)**

Cela vise :

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

### **TFR (Tarif Forfaitaire de Responsabilité)**

Montant qui sert de référence pour le remboursement de certains médicaments de "marque" (ou "princeps"). Il est fixé en fonction du prix du générique correspondant.

## APRIL ASSURANCES UNE SOCIÉTÉ APRIL GROUP

### **Siège social,**

Immeuble Aprilium

69439 LYON Cedex 03

Fax 04 78 53 65 18 - Internet [www.april.fr](http://www.april.fr)

