



Notice d'information (VITAN-01-2010)

Notice d'information Relative aux contrats collectifs à adhésion facultative **VITANEO** N° A 3330 1022 et N° 3330 1023 souscrits par **CEGEMA Assurances** (S.A. de gestion et de courtage d'assurances - au capital de 300 000 € - RCS Antibes B 378 966 485 - N° Orias : 07 001 328 Siège : 679, avenue du Docteur Julien Lefebvre B.P 189 06272 Villeneuve Loubet Cedex) et l'**AGIS** (Association Interprofessionnelle de Solidarité, association loi 1901, déclaration à la préfecture de Paris N°546967p Siège : 86, boulevard Haussmann 75380 Paris Cedex 08) auprès de SwissLife Prévoyance et Santé, l'Assureur, entreprise régie par le code des assurances - S.A au capital de 150 000 000 € Siège : 86, boulevard Haussmann 75380 Paris cedex 08 - RCS Paris 322 215 021).

Lexique

Adhèrent :

La personne signant la demande d'adhésion, acquitte les cotisations et ainsi fait accéder aux *garanties* dudit contrat.

Assuré :

La (ou les) personne(s) garantie(s) par l'adhésion et désigné(e)s au certificat d'adhésion.

Échéance principale :

Date de renouvellement de l'adhésion et date à partir de laquelle la cotisation est due pour l'année d'assurance à venir.

Année d'assurance :

Période s'écoulant entre deux dates d'échéance principale (la première année : période s'écoulant entre la date de prise d'effet des garanties et l'échéance principale suivante).

Conclusion de l'adhésion :

L'adhésion est conclue par l'accord entre l'adhérent et l'assureur. La date de conclusion est indiquée au certificat d'adhésion.

Garantie :

Elle correspond aux prestations assurées dans le cadre de la formule retenue cumulées à celles des renforts éventuellement souscrits, qui forment un tout indissociable et constituent ainsi la garantie.

Préambule

Votre adhésion au contrat est :

- régie par les dispositions qui suivent dans le présent document. La loi applicable est la loi française, notamment par le Code des assurances. En accord avec l'Association **AGIS, CEGEMA Assurances** et vous même nous nous engageons à utiliser la langue française,

constituée des éléments suivants :

- La présente **Notice d'information** qui définit les conditions d'application de votre adhésion au contrat, expose l'ensemble des *garanties* proposées et pouvant être souscrites. Elle vous informe sur les risques non couverts et vous indique également la marche à suivre pour obtenir vos remboursements.
- Le **certificat d'adhésion** qui précise notamment les différentes dispositions personnelles de votre adhésion, les personnes assurées, l'étendue et les modalités des garanties effectivement souscrites.
- Le **tableau des garanties** qui précise les dépenses de santé garanties.

Art. 1 - Objet du contrat

Le contrat **VITANEO** a pour objet de permettre à l'adhérent de bénéficier, durant la période de validité de son adhésion, du remboursement de ses dépenses de santé suite à maladie, accident ou hospitalisation. Cette garantie peut être étendue aux membres de la famille de l'adhérent.

Art.2 - Nature des garanties du contrat

L'adhésion est viagère dès sa prise d'effet.

Garanties «contrat solidaire» :

L'accès au contrat et à ses *garanties* est acquis quel que soit l'état de santé de l'adhérent, qui n'aura pas à répondre à un questionnaire de santé.

Garanties «contrat responsable» :

Les différentes formules de garantie santé du contrat **VITANEO** respectent l'ensemble des dispositions du cahier des charges du contrat dit «Responsable», dont notamment :

- le remboursement de certains actes de prévention, les minima de prise en charge de certains actes et produits,
- et la non prise en charge de la majoration du ticket modérateur appliquée par le Régime Obligatoire dans certaines situations, du dépassement d'honoraires en cas de non-respect du parcours de soins, de la participation forfaitaire, ainsi que les franchises instituées.

En cas d'évolutions législatives et réglementaires effectuées dans ce cadre, les *garanties* du contrat seront mises en conformité, après information préalable des *adhérents*.

Art.3 - Qui peut adhérer au contrat ?

Pour adhérer au contrat, vous devez :

- être assujéti à un Régime Obligatoire, en tant qu'assuré social ou ayant-droit,
- être âgé de plus de 55 ans
- respecter l'âge limite d'adhésion précisé dans l'article 4.

Dispositions spécifiques au contrat n° 3330 1023 (Loi Madelin : Contrat réservé aux seuls adhérents sous statut TNS souhaitant bénéficier de la possibilité de déductibilité fiscale des cotisations de leur régime complémentaire santé) :

Pour adhérer à ce contrat vous devez relever du Régime Obligatoire d'assurance maladie des travailleurs non salariés et vous engager à être à jour, pendant toute la durée de votre adhésion au contrat, de vos cotisations auprès des régimes obligatoires de base. Il vous sera par ailleurs demandé d'adhérer à l'AGIS, Association souscriptrice du contrat auprès de SwissLife Prévoyance et Santé.

Art.4 - Personnes assurées et âge limite d'adhésion

L'adhérent, et s'il est désigné sur le Certificat d'adhésion, son conjoint. Les assurés doivent par ailleurs être affiliés auprès d'un Régime obligatoire en tant qu'assuré social ou ayant droit.

Âge limite d'adhésion :

- Aucune limite d'âge pour les formules V1, V2 et V3.
- 80 ans pour les formules V4 et V5.

Pour la détermination de l'âge de l'assuré, nous prenons celui de l'assuré au 31 décembre de l'année d'adhésion.

Art.5 - Effet, durée et renouvellement de l'adhésion

L'adhésion prend effet à la date mentionnée sur le Certificat d'adhésion. Elle se renouvelle ensuite au 1er janvier de chaque année (*échéance principale*) sauf dénonciation par vous, nous, ou le souscripteur du contrat dans les conditions mentionnées à l'article 14 : «ART.14 - Résiliation». Vous ne pourrez toutefois demander la résiliation que si votre adhésion a une durée effective minimum de 12 mois.

Art.6 - Conclusion, Prise d'effet, Délais d'attente

L'adhésion est conclue par l'accord entre l'adhérent et l'assureur. La date de conclusion est indiquée au certificat d'adhésion.

En cas de vente à distance, l'adhésion peut être exécutée immédiatement et intégralement à compter de sa conclusion à la demande expresse de l'adhérent.

La garantie prend effet à compter de la date d'effet mentionnée sur le certificat d'adhésion à l'égard de chaque personne assurée.

Délais d'attente : Aucun.

Art.7 - Territorialité

La garantie du contrat s'exerce en France Métropolitaine. Elle s'étend aux accidents, maladies et hospitalisations survenus à l'étranger lorsque le régime de base de l'assuré s'applique et que les séjours en dehors du territoire français et monégasque ne dépassent pas trois mois par an en une ou plusieurs périodes.

Art.8 - Les exclusions et les limitations

8.1 - Les exclusions générales

Ne donnent pas lieu à indemnisation les frais et/ou hospitalisation engendrés par des soins commencés ou prescrits avant l'adhésion, ainsi que les accidents ou maladies et leurs suites qui en résultent :

- de la pratique par l'assuré de tout sport à titre professionnel ou de sa participation à des paris ou tentatives de record,
- de l'ivresse, de l'éthylisme ou de la toxicomanie de l'assuré,
- d'un acte intentionnel de la part de l'assuré ou de sa tentative de suicide consciente ou inconsciente,
- de la guerre étrangère ou guerre civile, de la participation de l'assuré à des opérations militaires, à des altercations ou des rixes (sauf cas de légitime défense),
- des effets directs ou indirects d'origine nucléaire ou causés par toute source de rayonnements ionisants (sauf s'il s'agit d'un dysfonctionnement ou d'une erreur de manipulation d'un instrument au cours d'un traitement auquel l'assuré est soumis à la suite d'un événement garanti).

8.2 - Les exclusions relatives à la nature de l'établissement ou du service.

Nous ne garantissons pas l'indemnisation relative aux frais engagés et / ou hospitalisation pour le séjour dans les établissements ou services suivants :

- hélio-marins ou de thalassothérapie,
- les hospitalisations et séjours en établissement, centre ou service dit de long et moyen séjour,
- de gériatrie, de retraite ainsi que les séjours dans les hospices ou les centres hospitaliers pour personnes âgées dépendantes.

8.3 - Les exclusions relatives aux hospitalisations et traitements suivants :

Nous ne garantissons pas :

- les frais de traitement et d'intervention chirurgicale à caractère esthétique non consécutifs à un accident ;
- le caractère esthétique des séjours établi par le Médecin Conseil de CEGEMA Assurances indépendamment de tout accord ou refus de prise en charge du Régime Obligatoire de l'assuré,
- tous frais non consécutifs à un accident, facturés par un praticien spécialisé en chirurgie plastique,
- les cures de sommeil, séjours, hospitalisations d'amaigrissement, de rajeunissement, de désintoxication, ainsi que leurs suites.

8.4 - Limitations

- Les séjours de rééducation, convalescence, réadaptation fonctionnelle sont limités à 90 jours par an et par personne au total pour l'ensemble de ces séjours. La chambre particulière pour ces séjours est limitée à 30 jours par an et par personne.
- Les séjours de psychiatrie sont limités à 30 jours par an et par personne.

JE REMPLIS MON AUTORISATION ET JE JOINS UN RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE OU POSTAL

AUTORISATION DE PRÉLÈVEMENT

J'autorise l'établissement teneur de mon compte à prélever sur ce dernier, si ma situation le permet, tous les prélèvements ordonnés par le créancier désigné à droite. En cas de litige sur un prélèvement, je pourrai en faire suspendre l'exécution par simple demande à l'établissement teneur de mon compte. Je réglerai le différent directement avec le créancier.

Organisme créancier :

CEGEMA
B.P. 189
06272 VILLENEUVE LOUBET cedex

N° National d'émetteur :

390 186

Titulaire du compte à débiter

Nom :

Prénom :

Adresse :

Code postal : Ville :

Nom et adresse de l'établissement teneur du compte à débiter

Nom de l'établissement :

Adresse :

Code postal : Ville :

Le :

Identification du compte pour une utilisation nationale

Code Etablissement	Code Guichet	N° de Compte	Clé
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Identification du compte pour une utilisation internationale (IBAN)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Signature du Titulaire du compte à débiter.



- Pour les consultations de psychiatrie et neuro-psychiatrie, la prise en charge de ces consultations à hauteur des garanties précisées dans le tableau des garanties pour la formule de garantie retenue est limitée à 6 par an et par assuré. Au-delà et dans le respect du parcours de soins coordonné uniquement, la prise en charge de ces consultations sera limitée à 30 % de la base de remboursement de la sécurité sociale.
- Par ailleurs, les frais d'hospitalisation pour le traitement des affections mentales ou psychiatriques seront limités pour chaque personne assurée à 90 jours pour toute la durée de vie de l'adhésion.
- Toutefois en cas de survenance d'un des événements mentionnés ci-dessus la garantie prendra en charge le remboursement des frais prévus à l'article R871-2 du Code de la Sécurité sociale à hauteur des limites minimales qui y sont précisées.

EN AUCUN CAS LE VERSEMENT DE PRESTATIONS, MÊME EFFECTUÉ A PLUSIEURS REPRISES, NE SAURAIT CONSTITUER UNE RENONCIATION DE L'ASSUREUR A L'UNE DES EXCLUSIONS DE GARANTIE PREVUES AU CONTRAT.

Art. 9 - Vos déclarations

9.1 - A l'adhésion

Pour souscrire l'une ou l'autre des formules de garantie proposées dans le cadre du contrat VITANEO, vous devez répondre, sous forme de déclaration, à une demande d'information concernant la situation personnelle des personnes à assurer.

Ces déclarations seront reprises sur votre certificat d'adhésion et servent de base à l'établissement de votre adhésion. Elles nous permettent d'évaluer en toute connaissance de cause, notre engagement d'assurance, et de percevoir la cotisation adaptée.

9.2 - En cours d'adhésion

Vous devez nous déclarer au plus tard dans les 15 jours :

- toute modification des éléments spécifiés au Certificat d'Adhésion,
- les changements ou cessation d'affiliation d'un des assurés à un Régime Obligatoire,
- les changements de domicile ou la fixation du domicile en dehors de la France Métropolitaine.

Pour tout nouvel assuré à prendre en compte dans le cadre de votre adhésion, procéder aux déclarations prévues. Les conditions d'accès à l'assurance sont les mêmes que celles définies pour l'adhérent et les éventuels assurés lors de l'adhésion.

Si les éléments modifiés constituent :

- une aggravation de risque (hors problème de santé), nous pourrions, soit dénoncer l'adhésion sous préavis de 10 jours, soit proposer une nouvelle cotisation. Si vous refusez nos nouvelles conditions de garantie, vous devrez nous en informer par lettre recommandée dès la réception de notre notification.

Nous procéderons alors à la résiliation de votre adhésion moyennant préavis de 10 jours.

- une diminution de risque, nous pourrions diminuer la prime en conséquence. A défaut, vous pourrez demander la résiliation de votre adhésion moyennant un préavis de 30 jours.

Toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle, toute omission ou déclaration inexacte, faite lors de l'adhésion ou en cours d'adhésion, entraîne l'application suivant les cas, des articles L.113-8 (nullité de l'adhésion) et L.113-9 (réduction des indemnités) du Code des Assurances.

9.3 - Les autres documents à nous transmettre

Pour vous apporter la qualité de service attendue concernant la gestion de votre adhésion et notamment celles relatives au remboursement des frais de santé et au paiement de vos cotisations, certaines informations complémentaires ou documents vous seront également demandés.

9.4 - Validité de vos déclarations

Vos déclarations et communications servent de base à l'application de votre adhésion et de la garantie, et n'ont d'effet que si elles sont parvenues à CEGEMA Assurances par écrit, ou à défaut, confirmées par lui-même dans un document écrit lorsque vous l'aurez informé par un autre moyen.

L'emploi de documents ou la production de renseignements inexacts ayant pour but ou pour effet d'induire CEGEMA Assurances (ou nous) en erreur sur les causes, circonstances, conséquences ou montant d'un sinistre entraîne la perte de tous droits à l'assurance.

Art. 10 - Vos cotisations

10.1 - La base de calcul et le montant de vos cotisations

En début d'adhésion :

Le montant de votre cotisation est mentionné sur le certificat d'adhésion. Il est déterminé en fonction de la formule de garantie choisie, de l'âge des assurés et des modalités de prise en charge et bases de remboursement en vigueur du (ou des) Régime(s) obligatoire(s) dont ils relèvent lors de la prise d'effet des garanties et du domicile de l'adhérent.

En cours d'adhésion :

- En cours d'adhésion les cotisations évoluent lors de chaque renouvellement annuel de 2 % par an jusqu'à l'âge de 65 ans, et de 3,5 % à partir de 66 ans.

- En cas d'ajout d'un nouvel assuré la cotisation en vigueur est augmentée du montant de la cotisation respective lors de la prise d'effet de sa garantie. Le montant de la cotisation sera mentionné sur le nouveau certificat d'adhésion ou sur l'avenant correspondant.

- Votre cotisation peut évoluer en cas de changement du Régime Obligatoire d'un des assurés.

- Votre cotisation peut évoluer en cas de changement de domicile de l'adhérent dès qu'il y a un changement de zone géographique tarifaire.

Pour la détermination du montant de la cotisation en fonction de l'âge, nous prenons en compte l'âge de l'assuré au 31 décembre de l'année en cours.

10.2 - La variation de vos cotisations

- Lors de chaque échéance principale votre cotisation, en dehors de la variation prévue en fonction de l'âge des assurés, évoquée ci-dessus :
 - évoluera en fonction du taux d'accroissement des dépenses de santé publié par la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des travailleurs salariés.

- pourra également varier en fonction de l'évolution de la consommation constatée sur l'ensemble des adhésions respectives du contrat.

- pourra évoluer immédiatement et automatiquement ou alors à l'échéance principale en cas de modification des conditions de remboursements et / ou des remboursements pris en charge par votre Régime Obligatoire et/ou en cas d'évolution des impôts et taxes établis sur votre cotisation postérieurement à votre adhésion.

10.3 - Le paiement de vos cotisations

Votre cotisation est annuelle et payable d'avance à CEGEMA Assurances. Les modalités convenues pour le paiement de la cotisation (périodicité et mode de règlement) sont mentionnées sur le certificat d'adhésion.

10.4 - Le non paiement de vos cotisations

A défaut de paiement de votre cotisation ou d'une fraction de celle-ci dans les 10 jours suivants son échéance, nous pourrions, indépendamment de notre droit de poursuivre l'exécution de votre adhésion en justice, vous adresser à votre dernier domicile connu une lettre recommandée valant mise en demeure.

Vos garanties pourront être suspendues à l'issue d'un délai de 30 jours après l'envoi de cette lettre, et votre adhésion résiliée 10 jours après l'expiration du délai précité de 30 jours.

Les coûts d'établissement et d'envoi de lettre de mise en demeure sont à votre charge ainsi que les frais de poursuite et de recouvrement

dont la récupération est autorisée par la loi (art. L.113-3 du code des assurances).

Art. 11 - La modification de vos garanties

L'adhérent peut modifier ses garanties à chaque échéance annuelle sous réserve d'en effectuer la demande au moins deux mois avant cette date et sous réserve d'acceptation de la compagnie.

Art. 12 - Quelles sont vos garanties ?

VOTRE GARANTIE SANTÉ

- Notre participation en tant qu'Assureur, telle que prévue au sens du présent contrat, intervient sur les dépenses de santé engagées par l'assuré, pour des actes, produits, et matériels médicaux ou chirurgicaux prescrits entre les dates de début et de fin de sa garantie, pour autant que ceux-ci soient expressément mentionnés sur le tableau des garanties annexé au certificat d'adhésion pour la formule de garantie retenue, dans la limite des montants qui sont indiqués.

- Les actes, produits, et matériels médicaux ou chirurgicaux non mentionnés dans le tableau des garanties pour la formule de garantie choisie ne peuvent donner lieu à participation de notre part.

- La date prise en compte pour la prise en charge des dépenses de santé garanties est celle qui correspond :

- à la date des soins figurant sur le bordereau de remboursement du Régime Obligatoire (ou dans le fichier informatique communiqué par celui-ci) ;

- aux dates de prescription, de proposition, d'exécution et de délivrance pour les frais et actes non pris en charge par le Régime Obligatoire.

En tout état de cause, les dates de proposition, d'exécution et de délivrance doivent se situer dans la période de garantie.

- Nos remboursements viennent en complément de ceux de la Sécurité sociale (ou de tout autre organisme offrant des prestations similaires), et de ceux des éventuels organismes complémentaires auprès desquels les assurés pourraient être garantis.

- Vous ne pourrez percevoir pour vous-même ou pour les membres de votre famille assurés, un remboursement supérieur à celui des frais réellement engagés, tels qu'ils figurent sur le bordereau ou la feuille de soins de la Sécurité Sociale et le cas échéant, ou les factures des professionnels de santé lorsque les frais en cause garantis ne sont pas remboursés par le Régime Obligatoire.

- Pour le remboursement des frais relatifs aux actes et biens médicaux, nous nous conformons aux dispositions de la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP), de la Classification commune des Actes Médicaux (CCAM), de la Liste des Produits et Prestations (LPP) et de la Table Nationale de Biologie (TNB).

- A l'exception des cas où nous réglons directement au professionnel de santé les dépenses engagées, le remboursement des dépenses est toujours établi à l'ordre de l'adhérent pour l'ensemble des assurés et effectué en France dans la monnaie légale de l'Etat Français.

- Certains frais non pris en charge par la Sécurité sociale, peuvent faire l'objet d'un remboursement de notre part, s'ils sont prévus dans le tableau des garanties joint au certificat d'adhésion.

- Cas particulier de la Médecine complémentaire :

Les actes non pris en charge par le régime de base et listés dans le tableau des garanties sont pris en charge dans la limite de 30 € par consultation et, dans la limite annuelle précisée dans la formule de garantie souscrite. Ces actes doivent avoir été réalisés par des praticiens diplômés d'un établissement de formation agréé par le Ministère de la Santé.

- Cas particulier du forfait automédication :

Certains Médicaments non prescrits, délivrés par des pharmaciens, sont remboursés à hauteur de 50 % des dépenses réelles dans la limite annuelle précisée dans la formule de garantie souscrite. Les classes de médicaments concernées, identifiées par leur DCI : dénomination commune internationale, sont jointes avec le certificat d'adhésion. Cette liste est modifiable à tout moment après information préalable des adhérents.

- Cas particulier du forfait Prévention :

Certains honoraires, médicaments et actes de prévention, prescrits et non remboursés par le régime de base sont remboursés à hauteur

de 50 % des dépenses réelles dans la limite annuelle précisée dans la formule de garantie souscrite. La liste exhaustive des médicaments, actes et honoraires remboursables est jointe avec le certificat d'adhésion. Cette liste est modifiable à tout moment après information préalable des adhérents.

- Cas particulier du rendez-vous pharmaceutique :

Une consultation pharmaceutique par an et par assuré auprès des pharmaciens partenaires de Carte blanche est remboursable dans la limite précisée dans le tableau des garanties de la formule souscrite.

• Le bonus Optique :

Lorsque aucun remboursement d'optique n'a été réalisé pour un assuré au cours d'une année d'assurance couverte par une formule de garantie Vitaneo, une partie du forfait optique est reporté l'année d'assurance suivante dans les proportions précisées dans la formule de garanties souscrite (bonus). Ce report ne se cumule pas d'année en année.

LES SERVICES COMPLÉMENTAIRES SANTÉ PROPOSÉS

• Tiers payant :

Si ce service est prévu dans le tableau des garanties, une carte de tiers payant peut être délivrée à l'adhérent par CEGEMA Assurances lors de la mise en place des garanties afin de permettre aux assurés la dispense d'avance de frais auprès de certains professionnels de santé partenaires.

L'utilisation de la carte de tiers payant n'est acquise, sous peine de poursuites, que si l'adhérent est à jour de ses cotisations au jour de l'utilisation de ladite carte. En cas d'utilisation frauduleuse de la carte de tiers payant, CEGEMA Assurances pourra demander à l'adhérent le remboursement des sommes exposées auprès des professionnels de santé consultés.

L'adhérent qui cesse pour quelque raison que ce soit de bénéficier des garanties s'engage à restituer immédiatement sa carte en cours de validité.

• Les Services d'Assistance Santé :

S'ils sont mentionnés sur le tableau des garanties pour la formule de garantie retenue, les assurés bénéficient d'un ensemble de services d'assistance santé qui les accompagnent en cas de besoin. Les conditions de votre garantie assistance sont indiquées dans une notice d'information jointe au présent document.

Art. 13 - Comment obtenir le règlement de vos prestations

LES DOCUMENTS QUE VOUS DEVEZ TRANSMETTRE

Lorsque l'assuré ne bénéficie pas de la télétransmission avec son régime de base, ou que nous n'avons pas effectué le règlement des frais directement au professionnel de santé, les documents à nous transmettre sont les suivants :

- **Hospitalisation** : L'original du décompte du régime de base ou les originaux des factures acquittées de l'établissement hospitalier et les notes d'honoraires des chirurgiens présentant la cotation détaillée des actes.
- **La médecine courante, la pharmacie, les frais de transport, les prothèses et les appareillages** (les prothèses auditives, les prothèses orthopédiques,...) : L'original du décompte du régime de base.
- **Le dentaire** : L'original du décompte du régime de base. Pour les prothèses, l'orthodontie, et les frais non remboursés par le Régime Obligatoire l'original de la facture détaillée acquittée de tous les actes.
- **L'optique** : L'original du décompte du régime de base ou la facture détaillée acquittée établie par l'opticien.
- **La prévention** : La prescription médicale et la note d'honoraires ou la facture détaillée justificative de la dépense réelle.
- **Médecine complémentaire** : la note d'honoraires ou la facture détaillée justificative de la dépense réelle.
- **Rendez-vous pharmaceutique** : la facture détaillée de la pharmacie.
- **Automédication** : la facture détaillée de l'officine présentant la dénomination commune internationale (dci) du médicament et la vignette pour les médicaments habituellement pris en charge par le régime obligatoire.

Compte tenu de la situation particulière de certains dossiers, CEGEMA Assurances pourra être amené à demander aux assurés des pièces complémentaires à celles énumérées ci-dessus.

Les demandes de remboursements ou de prestations quelle que soit leur nature doivent parvenir à CEGEMA Assurances dans un délai de deux ans suivant la date de cessation des soins, sous peine de déchéance.

Ce délai est ramené à trois mois en cas de résiliation de l'adhésion.

CONTRÔLE DES DÉPENSES - CONTRÔLE MÉDICAL

L'Assureur se réserve la possibilité de demander aux assurés :
 - tous renseignements ou documents dont nous jugerions utile de disposer pour l'appréciation du droit aux prestations. Si ces renseignements ou documents ont un caractère médical, l'assuré peut les adresser sous pli confidentiel au Médecin Conseil de CEGEMA Assurances.
 - de se faire examiner par un médecin de notre choix.

L'assuré s'engage, à se soumettre à cet examen, sous peine d'être déchu du droit aux prestations pour l'accident ou la maladie en cause.

ARBITRAGE

En cas de désaccord d'ordre médical, entre l'assuré et nous, le différend sera soumis à une procédure d'arbitrage amiable.

Chaque partie désignera un médecin. Si les médecins ne sont pas d'accord, ils choisiront un 3^e médecin chargé de les départager. En cas de difficulté sur ce choix la désignation sera faite par le Président du Tribunal de Grande Instance du domicile de l'adhérent, à la requête de la partie la plus diligente.

Chaque partie paiera les frais et honoraires de son médecin, et s'il y a lieu, la moitié des frais et honoraires du 3^e médecin et des frais de sa nomination.

Art. 14 - Résiliation

14.1 - L'adhésion peut être résiliée :

PAR L'ADHÉRENT :

- A l'issue de la première année (12 mois complets d'assurance) moyennant un préavis de deux mois au moins, puis ensuite à chaque échéance principale fixée au 1^{er} janvier moyennant un préavis de deux mois au moins.

IMPORTANT : reconduction tacite des contrats : conformément à l'article L113.15.1 du code des assurances, ce contrat n'est pas concerné par la loi 2005-67 du 28/01/2005 (dite Loi Chatel).

- En cas de disparition des circonstances aggravantes mentionnées dans le contrat, si l'Assureur refuse de réduire la prime en conséquence.

- Dans les trois mois suivant le changement de domicile, de situation matrimoniale, de régime matrimonial, de profession, la retraite professionnelle ou la cessation définitive d'activité professionnelle de l'adhérent, lorsque l'adhésion a pour objet la garantie de risques en relation DIRECTE avec la situation antérieure et qui ne se retrouvent pas dans la situation nouvelle.

La résiliation prendra effet un mois après la réception de la demande de résiliation.

DE PLEIN DROIT : En cas de retrait de l'agrément de l'Assureur.

CONTRACTUELLEMENT : En cas de perte de la qualité d'assuré social de l'adhérent, l'adhésion sera résiliée. Les autres assurés pourront continuer à être assurés s'ils en effectuent la demande.

14.2 - Les modalités de la résiliation

- La résiliation par l'adhérent doit être effectuée par courrier recommandé avec accusé de réception et adressée au siège de CEGEMA Assurances, 679, avenue du docteur Lefebvre-BP189-06272 Villeneuve Loubet Cedex.

- La résiliation par l'Assureur sera notifiée à l'adhérent par lettre recommandée à son dernier domicile connu.

14.3 - Les conséquences de la résiliation

Lorsque l'adhésion est résiliée, les prestations ne sont dues que pour les soins et traitements administrés avant la prise d'effet de la résiliation.

14.4 Conséquences en cas d'exercice du droit à renonciation.

14.4.1 - En cas d'exercice du droit à renonciation, dans le cadre de l'article L 112-9-1 du Code des assurances.

Dès lors qu'il a connaissance d'un sinistre mettant en jeu la garantie, l'adhérent ne peut plus exercer ce droit de renonciation.

En cas de renonciation l'assureur procédera au remboursement des cotisations dans le délai de 30 jours suivant la date de résiliation, déduction faite du montant correspondant à la durée où l'adhésion a effectivement produit ses effets.

L'intégralité de la prime reste due à l'assureur, si l'adhérent exerce son droit de renonciation alors qu'un sinistre mettant en jeu la garantie de l'adhésion et dont il n'a pas eu connaissance est intervenu pendant le délai de renonciation.

14.4.2 - En cas d'exercice du droit à renonciation dans le cadre des articles L 112-2-1 du Code des assurances et L 121-20-8 du Code de la consommation (commercialisation à distance) :

- En contrepartie de l'exécution immédiate et intégrale de l'adhésion avant l'expiration de ce délai de rétractation, la cotisation dont l'adhérent est redevable est égale au prorata de la cotisation annuelle pour la période écoulée entre la date d'effet prévue lors de la conclusion de l'adhésion et l'éventuelle date de réception de la rétractation.
- Si des prestations ont été versées, l'adhérent s'engage à rembourser à l'assureur les montants perçus dans un délai de 30 jours.
- Si des cotisations ont été perçues, l'assureur les remboursera, déduction faite de la cotisation au prorata de la période de garantie dans un délai de 30 jours.

Art. 15 - 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 des assurances :

Article L114-1 : 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, nonobstant les dispositions du 2°, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès de l'assuré.

Article L114-2 : 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'accusé peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée 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.

Article L114-3 : 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.

Art. 16 - Subrogation

L'adhérent ou ses ayants droit conservent leur droit de recours contre tout responsable. Toutefois, si l'assureur a payé une indemnité au titre des frais de soins, il se substitue à l'adhérent dans ses droits et obligations et jusqu'à concurrence de cette indemnité, contre tout responsable (Article L.121.12 du Code des Assurances).

Art. 17 - Informatique et liberté

Conformément à l'article 32 de la loi du 06 janvier 1978 dite «informatique et libertés», modifiée par la loi n°2004-801 du 06 août 2004, nous vous informons que le responsable du traitement de vos données personnelles est CEGEMA Assurances. Vous pouvez exercer vos droits d'accès et de rectification prévus par les articles 39 et 40 de la loi précitée auprès du Service Informatique de CEGEMA Assurances, situé : 679, avenue du docteur Julien Lefebvre BP 679 - 06272 Villeneuve Loubet Cedex.

Les données personnelles recueillies seront utilisées par CEGEMA Assurances, destinataire, avec ses mandataires, l'association AGIS, ses assureurs et réassureurs, de l'information, pour :

- le traitement de votre dossier, dans le strict respect de la protection des données à caractère personnel,
- l'envoi de documents sur les produits proposés par la société CEGEMA Assurances. Si vous souhaitez ne pas être sollicité, il vous suffit de nous le faire savoir par simple courrier à l'adresse précisée ci-dessus. L'ensemble des réponses aux questions est obligatoire, le défaut de réponse aura pour conséquence le non examen de votre dossier.

Art. 18 - Les réclamations - La médiation

Si vous rencontrez des difficultés liées à l'application du contrat, vous pouvez formuler une réclamation ou signaler votre désaccord, par courrier simple adressé à : CEGEMA Assurances 679 avenue du docteur Julien Lefebvre - BP 189 - 06272 Villeneuve-Loubet Cedex.

Si un différend persistait après la réponse apportée, vous aurez la faculté de demander l'avis d'un médiateur indépendant. Les coordonnées du Médiateur seront communiquées sur simple demande au siège social de SwissLife Prévoyance et Santé, 86 Bd. Haussmann - 75380 PARIS Cedex 08.

Art. 19 - Autorité de tutelle

Pour les Sociétés d'Assurance ayant leur Siège en France, l'autorité de tutelle est l'autorité de Contrôle des Assurances et des Mutuelles (ACAM) : 61, rue Taibout - 75009 Paris.

Art. 20 - Possibilité de renonciation

Je dispose d'un délai de 14 jours calendaires révolus, à partir du jour de la date de conclusion de mon adhésion (date indiquée sur le certificat d'adhésion), pour renoncer, dans le cadre et dans les conditions prévues par l'article L.112-9 du code des assurances ou par les articles L.112-2-1 du code des assurances et L.121-20-8 et suivants du code de la consommation.

Cette renonciation doit être faite par lettre recommandée avec accusé de réception, envoyée à CEGEMA Assurances - Centre de Gestion - 679, avenue du docteur Julien Lefebvre - BP189 - 06 272 Villeneuve Loubet Cedex.

Elle peut être formulée suivant le modèle de lettre ci-dessous.

La résiliation de l'adhésion prendra effet au jour de la réception de la Lettre Recommandée A.R par CEGEMA Assurances.

Les conséquences du droit à renonciation sont indiquées dans l'article 14.4 de la présente notice d'information.

Article L112-9-1 premier alinéa du code des assurances :

«Toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, et qui signe dans ce cadre une proposition d'assurance ou un contrat à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée avec demande d'avis de réception pendant le délai de 14 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 à renonciation»

Dans le cas où l'adhésion a été souscrite exclusivement à distance au sens des articles L112-2-1 du code des assurances et L121-20-8 et suivants du code de la consommation :

L'adhésion peut être exécutée immédiatement et intégralement à compter de sa conclusion (date indiquée sur le certificat d'adhésion) à la demande expresse de l'adhérent.

La cotisation, dont je suis redevable, le cas échéant, en contrepartie de l'exécution immédiate et intégrale de mon adhésion avant l'expiration du délai de rétractation, est égale au prorata de la cotisation annuelle pour la période écoulée entre la date d'effet prévue lors de la conclusion de l'adhésion et la date de réception mon éventuelle renonciation.

En cas de rétractation, si des prestations ont été versées, je m'engage à rembourser à l'assureur les montants perçus dans un délai de 30 jours.

Modèle de lettre de renonciation :

Messieurs, Je soussigné(e) (Nom et Prénom de l'adhérent), demeurant à (domicile principal), ai l'honneur de vous informer que je renonce à mon adhésion au contrat VITANEO (numéro d'adhésion), que j'ai signé le (date). (Si des cotisations ont été perçues) Je vous prie de me rembourser les cotisations versées, déduction faite de la cotisation imputable au prorata de la période de garantie.

(En cas de commercialisation à distance) Je m'engage, pour ma part, à rembourser le montant des prestations qui ont pu m'être versées.

A : (Indiquer le lieu) - Le : (Indiquez la date) - Signature.