

NOTICE D'INFORMATION

ECA-FORTICIA

Référence : NI-SUR0113 / 06-2016

Notice d'information relative au contrat collectif à adhésion facultative ECA-FORTICIA souscrit sous le N° 01 03 01 08 28 par :

L'Association Générale Interprofessionnelle de Solidarité (AGIS), Association Loi 1901, Déclaration Préfecture de Paris n° 546967 P, **Siège : 86, boulevard Haussmann - 75380 Paris cedex 08. Ci-après désignée « l'Association »**

Auprès de :

MPGS (Mutuelle pour la Prévoyance et les Garanties Sociales) marque de la MIP (Mutuelle de l'industrie du Pétrole), 178 rue Montmartre, 75096 Paris Cedex 02. Mutuelle régie par le livre II du Code de la Mutualité et inscrite au répertoire SIRENE sous le n° SIREN 775 671 902.

Le contrat est souscrit dans le respect du code de la mutualité et des statuts, règlement intérieur et règlement mutualiste de la Mutuelle, l'ensemble formant un tout indissociable.

La loi applicable est la loi française

Votre adhésion au contrat est :

- régie par les dispositions qui suivent dans le présent document et par le Code de la mutualité. En accord avec l'Association, 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 assurées et le montant de la participation correspondante.

Ces documents peuvent être consultés sur l'espace dédié de l'adhérent et sur le site www.eca-assurances.com

La gestion de votre adhésion est effectuée par :

ECA – Assurances, SA de courtage d'assurances au capital de 1 009 000 euros enregistrée au Registre des Intermédiaires en Assurance (ORIAS) sous le numéro 07 002 344 - Siège social: 92/98 boulevard Victor Hugo BP 83 92115 CLICHY Téléphone : 0969 320 418 (appel non surtaxé)- Courriel: relationsclients@eca-assurances.com R.C.S.Nanterre B 402 430 276 - APE 6622Z qui agit en tant que mandataire de la Mutuelle, dénommée ci-après «ECA-Assurances».

Pour vous faciliter la lecture, nous avons défini les termes fréquemment utilisés (en italique dans le texte) dans un lexique que vous trouverez à la fin de ce document.

Titre 1 : le contrat et votre adhésion

ART. 1 - QUEL EST L'OBJET DU CONTRAT ?

La garantie proposée dans le cadre du contrat ECA-FORTICIA permet aux adhérents de l'Association AGIS d'obtenir, en complément des prestations déjà servies par leur régime obligatoire de Sécurité sociale et leur régime complémentaire, le remboursement de tout ou partie de leurs dépenses médicales et chirurgicales restant encore à leur charge après intervention de ceux-ci. Ces dépenses doivent être consécutives à une maladie, un accident ou une maternité.

Cette couverture d'assurance peut être étendue à leur conjoint et leurs enfants à charge.

Les garanties du contrat prévoient également le paiement du capital en cas de décès d'un assuré résultant des suites d'un accident.

ART. 2 - LA NATURE DES GARANTIES DU CONTRAT

Garanties « contrat solidaire » :

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

Garanties « contrat responsable » :

Compte tenu de la spécificité de la couverture proposée, les garanties du contrat ne s'inscrivent dans le cadre du dispositif législatif relatif aux contrats d'assurance complémentaire santé dits « contrat responsable » que lorsque le contrat complémentaire santé correspondant au 1er niveau de remboursements s'inscrit lui-même dans le cadre de ce dispositif. Dans tous les autres cas, le dispositif ne s'applique pas.

ART. 3 - QUI PEUT ADHERER AU CONTRAT ?

Pour adhérer au contrat, vous devez être :

- membre de L'Association,
- assujetti à un Régime obligatoire, en tant qu'assuré social ou ayant-droit,
- assuré pour une couverture complémentaire vous garantissant la prise en charge de vos dépenses de santé en complément de celle de votre régime obligatoire,
- âgé de moins de 80 ans.

ART. 4 - LA DUREE DE VOTRE ADHESION

4.1- La date d'effet, la durée et le renouvellement de votre adhésion

Votre adhésion est parfaite dès la conclusion de l'adhésion et l'acquittement de tout ou partie de la cotisation.

La conclusion de votre adhésion s'effectue sur les bases de durées suivantes :

- Elle prend effet à compter du lendemain de la réception du premier paiement et sous réserve de son encaissement puis se poursuit jusqu'à l'échéance anniversaire suivante, sous réserve du paiement de vos cotisations.

- Elle est ensuite renouvelée annuellement par tacite reconduction à l'échéance principale fixée au 1er janvier de chaque année, sauf résiliation par vous ou nous, dans les cas et selon les modalités précisées aux articles 4.2 et 4.3 ci-après.

- A l'exception des garanties qu'il est prévu de faire cesser à un âge déterminé, des situations visées aux articles L.221-7, L.221-14, et L.212-21 du code de la mutualité, et de la résiliation des garanties de votre régime complémentaire, l'adhésion est viagère dès sa prise d'effet.

4.2- La révision du contrat et de votre adhésion

Les conditions de garanties sont définies en fonction de la législation sociale française en vigueur à la date d'émission de votre certificat d'adhésion.

En cas de modification de cette législation de nature à mettre en cause la portée des engagements réciproques, les présentes dispositions sont susceptibles d'aménagements.

Vous aurez alors la possibilité de résilier votre adhésion au plus tard dans les 30 jours suivants la date à laquelle ils auront été portés votre connaissance. La demande de résiliation devra être adressée par lettre recommandée à ECA Assurances. A défaut de réception de cette notification de la résiliation, les nouvelles conditions de garanties seront considérées comme acceptées de votre part.

4.3- La résiliation de votre adhésion

- A l'initiative de l'adhérent :

Vous avez la possibilité de demander la résiliation de votre adhésion :

- A la date du premier anniversaire de votre adhésion ainsi qu'à chaque échéance principale, selon les dispositions de l'Article 4.1, moyennant un préavis de 2 mois.

- En cas d'augmentation de la prime résultant d'une révision du tarif dans les conditions prévues par l'article 8.2

- En cas de changement de domicile, de situation ou régime matrimonial, de profession, la retraite professionnelle ou la cessation d'activité professionnelle, l'adhésion à un contrat groupe obligatoire, 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 sera acceptée sous

réserve que le changement de situation entraîne bien une modification dans le contenu des garanties. L'adhérent dispose de 3 mois à partir de l'évènement pour demander la résiliation et devra fournir un justificatif. La résiliation prend effet un mois après la réception de la demande de résiliation.

Dès que vous perdez le bénéfice de votre assurance complémentaire santé. La résiliation de votre adhésion interviendra au plus tôt à réception de votre certificat de résiliation de votre régime complémentaire.

Votre notification de résiliation doit être adressée par lettre recommandée à ECA-Assurances Service résiliation 92/98 boulevard Victor Hugo BP 83 92115 CLICHY.

- A l'initiative de la Mutuelle :

La résiliation peut intervenir en cas :

- D'aggravation du risque dans les conditions prévues à l'article 8.2;

- De non-paiement de la prime (art. L.221-7 du Code de la mutualité). Les cotisations de l'année en cours nous sont toutefois dues dans leur intégralité ;

- De réticence ou de fausse déclaration intentionnelle dans la déclaration du risque lors de l'adhésion ou en cours d'adhésion (art. L.221-14 du Code de la mutualité).

- De fraude ou tentative de fraude pour obtenir des prestations indues. La résiliation prendra effet 10 jours après sa notification.

- Si nous constatons que vous n'êtes plus assuré par votre assurance complémentaire santé.

La notification vous sera communiquée par lettre recommandée adressée par ECA Assurances à votre dernier domicile connu. La date d'envoi constituera le point de départ du préavis.

- Elle intervient de plein droit :

- En cas de fixation de votre domicile hors France métropolitaine. Vous devrez alors en informer à ECA Assurances par lettre recommandée, adressée dans les trois mois qui suivent la date d'installation. La résiliation prendra effet à la fin du mois suivant la réception de votre notification.

- en cas de résiliation de votre assurance complémentaire santé. Vous devrez alors en informer immédiatement ECA-Assurances par courrier recommandé en joignant le certificat de résiliation de votre mutuelle.

- En cas de décès de l'adhérent. Si vous n'êtes pas le seul assuré, l'adhésion cessera de produire ses effets à l'égard des autres assurés, à la fin du mois suivant la date de décès de l'adhérent. Une nouvelle adhésion sera alors proposée aux autres assurés

- En cas de retrait de notre agrément de Mutuelle,

- En cas de perte de la qualité d'adhérent de l'Association ou de la résiliation des contrats par nous ou l'Association, votre adhésion sera maintenue jusqu'à la prochaine échéance principale de l'année

en cours. Il vous sera ensuite proposé un maintien de garantie dans le cadre d'un contrat individuel au tarif en vigueur pour ce type de contrat.

ART. 5 - LA DUREE DE LA GARANTIE

5.1- Le début de la garantie et le délai d'attente

- **Le début de la garantie** : La garantie débute à l'égard de l'assuré, après expiration du délai d'attente éventuel, décompté à partir de la date d'effet mentionnée sur le certificat d'adhésion ou l'avenant d'adhésion.

Lorsque l'adhérent demande, postérieurement à son adhésion, l'extension de sa garantie pour un membre de sa famille, jusqu'alors non assuré dans le cadre de l'adhésion, la date d'effet de la garantie de ce nouvel assuré débutera, au plus tôt après expiration du délai d'attente éventuel, le premier jour qui suit la réception de la demande par ECA-Assurances.

- **Le délai d'attente** : Le délai d'attente respectif pour chacun des actes garantis est mentionné sur le tableau de garanties.

5.2- La suspension de la garantie

Votre adhésion et les garanties qui y sont attachées sont suspendues en cas de :

- non paiement des cotisations selon les dispositions prévues par le code de la mutualité,
- séjour de plus de 2 mois hors du territoire français métropolitain.

En cas de suspension, l'adhésion et les garanties reprennent effet le lendemain du jour où :

- les cotisations arriérées, celles venant à échéance, les éventuels frais de poursuite et de recouvrement ont été payés, en cas de non paiement,
- l'assuré revient vivre en France métropolitaine après en avoir séjourné en dehors plus de 2 mois.

La suspension des garanties entraîne pour chaque assuré, la perte de tout droit à prestations se rapportant à un accident, une maladie ou une maternité survenu pendant cette période.

5.3- La cessation de la garantie

Toutes les garanties cessent à la date d'effet de la résiliation de l'adhésion, à l'exception de certaines garanties qui peuvent cesser en fonction de l'âge de l'assuré.

La garantie cesse à l'égard de chacun des assurés,

- au plus tard en même temps que celle de l'adhérent, sauf en cas de décès ;
- et, au plus tôt, dès qu'il ne répond plus à la définition des personnes assurées selon les dispositions de l'article 10.1.

ART 6 - LA BASE DE VOTRE GARANTIE ET DE VOS REMBOURSEMENTS

Sauf dispositions spécifiques mentionnées sur le certificat d'adhésion ou le tableau de garanties, les garanties et prestations assurées correspondantes

sont généralement exprimées en pourcentage des bases de remboursement du Régime obligatoire et pour les prestations forfaitaires en Euros ou en pourcentage du plafond mensuel de la Sécurité sociale.

Lorsque la garantie fait référence à un plafond mensuel de la Sécurité sociale, celui-ci correspond au plafond en vigueur à la date à laquelle sont exposés les frais.

Les montants des remboursements et des prestations assurées sont mentionnés sur le tableau des garanties joint au certificat d'adhésion. Selon les garanties, elles peuvent prévoir, en fonction de la durée de la période de garantie, sous la forme de bonus fidélité, une majoration de la prestation initialement prévue, ou de nouvelles prestations assurées.

ART 7 - VOS COTISATIONS

7.1- 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. Il prend en compte également les modalités de prise en charge et les bases de remboursement en vigueur du régime obligatoire respectif dont relève l'assuré lors de la prise d'effet des garanties et le cas échéant le lieu de votre domicile.

- 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% à partir de 66 ans. Lors du premier renouvellement, cette revalorisation ne sera toutefois appliquée que si **l'adhésion à une durée effective minimale de 12 mois**.

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 lieu de votre domicile,
- . du régime obligatoire d'un des assurés.

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. Les modalités pratiques du calcul de l'âge sont expliquées au lexique.

La cotisation du troisième enfant et des suivants est gratuite à condition que les deux premiers enfants assurés paient une cotisation en «qualité» d'enfant. La qualité d'enfant au sens de la cotisation s'acquiert en devenant assuré avant l'âge de 19 ans et se perd

à la fin de l'année d'assurance au cours de laquelle l'enfant atteint l'âge de 20 ans.

7.2- L'évolution 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 à l'article 7.1 :

- Évoluera en fonction de l'évolution des taux d'accroissement des dépenses de santé publiés par la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés

- Pourra également évoluer :

- en fonction de l'évolution de la consommation constatée sur l'ensemble des adhésions au contrat
- pour tenir compte du contexte évoqué à l'article 4.2 suite à une modification de la réglementation postérieure à la souscription de votre adhésion.

- pourra évoluer immédiatement et automatiquement ou alors à l'échéance principale en cas de modification des conditions de remboursements et / ou des remboursements de l'Assurance maladie de la Sécurité sociale française (sur laquelle sont basées vos garanties dans le cadre du présent contrat) et/ ou en cas d'évolution des impôts et taxes établis sur votre cotisation postérieurement à votre adhésion

7.3- Le paiement de vos cotisations

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

7.4- 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 pourrons, 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 8 - LA VIE DE VOTRE ADHESION

8.1 – A l'adhésion

Lors de la demande d'adhésion, pour souscrire l'une ou l'autre des formules de garantie proposées dans le cadre du contrat **ECA-FORTICIA**, vous devez répondre, sous forme de déclaration, à une demande d'information concernant la situation personnelle des bénéficiaires à assurer.

Ces déclarations seront reprises sur votre certificat d'adhésion et servent de base à l'établissement de

vos déclarations. Elles nous permettent d'évaluer en toute connaissance de cause, notre engagement d'assurance, et de percevoir la cotisation adaptée.

Pour être assurée, chacune des personnes à assurer doit être, lors de la prise d'effet de la garantie:

- assujettie à un régime obligatoire, en tant qu'assuré social ou ayant-droit et pouvoir bénéficiaire à ce titre des prestations en nature,

- assurée pour une couverture complémentaire lui garantissant la prise en charge de ses dépenses de santé en complément de celle de son régime obligatoire,

- et, âgée de moins de :

- . 65 ans pour l'adhérent et son conjoint (71 ans pour la formule Forticia 100),

- . 20 ans pour les enfants à charge.

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

8.2 - En cours d'adhésion

Vous devrez :

- . 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 et des DOM-TOM.

Si les éléments modifiés constituent :

- . une aggravation de risque (hors problème de santé), nous pourrons, 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 dans les 30 jours suivant la réception de notre notification. Nous procéderons alors à la résiliation de votre adhésion moyennant préavis de 10 jours.

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

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

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.221-14 (nullité de l'adhésion) et L.221-15 (réduction des indemnités) du code de la mutualité.

8-3 Modification des modalités de garantie en cours d'adhésion

Vous pouvez demander une modification des garanties de votre adhésion lors du renouvellement annuel sous réserve d'en effectuer la demande au moins un mois avant l'échéance principale. Elle prendra effet à la date du renouvellement et concernera l'ensemble des personnes assurées. Cette modification peut porter sur :

- Une diminution ou une augmentation des garanties (l'assuré ayant atteint l'âge de 65 ans ne peut plus demander à bénéficier d'une augmentation de garantie);
- La suppression d'une personne assurée
- Un changement de fractionnement de la cotisation

8.4- 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.

8.5- 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 ECA Assurances par courrier postal, ou à défaut, confirmées par vous-même dans un document écrit lorsque vous l'aurez informée par un autre moyen.

L'emploi de documents ou la production de renseignements inexacts ayant pour but ou pour effet d'induire ECA 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 9 - LA NOTICE D'INFORMATION

Conformément à la législation, nous vous remettons, préalablement à votre adhésion au contrat, une notice d'information qui constitue le présent document. Cette notice d'information vous précise les modalités d'application et du fonctionnement de votre adhésion au contrat. Elle est également consultable sur notre site internet www.eca-assurances.com

Titre II – Quelles sont les garanties prévues dans le contrat?

ART 10- L'OBJET DE VOTRE GARANTIE

La garantie permet aux assurés d'obtenir, en complément des prestations déjà servies par leur régime obligatoire de Sécurité sociale et leur régime complémentaire (mutuelle de base), le remboursement de tout ou partie de leurs dépenses médicales et chirurgicales restant encore à leur charge après intervention de ceux-ci. Ces dépenses doivent être consécutives à une maladie, un accident ou une maternité.

Elle prévoit également le versement d'une indemnité en cas de décès accidentel d'un assuré avant l'âge de 70 ans.

La garantie Santé est complétée par la mise en œuvre d'un ensemble de services.

10.1- Les personnes assurées

Bénéficiaire, en tant qu'assuré, des remboursements de la garantie Santé et des services associés proposés:

- Vous même en tant qu'adhérent,
- et le cas échéant, votre conjoint et les enfants à charge pour lesquels vous aurez demandé la garantie dans les conditions prévues aux articles 8.1 et 8.2.

Les personnes assurées sont désignées sur le certificat d'adhésion ou, le cas échéant, sur l'avenant d'adhésion.

10.2- 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 de garanties annexé au certificat d'assurance 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.

10.3- Le remboursement de vos dépenses de santé

- Nos remboursements viennent en complément des prestations versées par le Régime obligatoire de Sécurité sociale (ou de tout autre organisme offrant des prestations similaires), et le régime complémentaire auprès duquel l'assuré est garanti.

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

- 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 de remboursement du régime complémentaire de l'assuré, ou les factures des professionnels de santé lorsque les frais en cause garantis ne sont pas remboursés par le Régime obligatoire et le régime complémentaire.

- S'il en est fait mention dans le tableau des garanties de la formule assurée, notre garantie peut prévoir le versement de prestations ou d'allocations forfaitaires en cas de maternité ou de décès.

▪ 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.

10.4 – L'allocation en cas de décès accidentel

En cas de décès d'un assuré avant l'âge de 70 ans, des suites d'un accident, l'Assureur verse une allocation dont le montant est précisé sur le tableau des garanties correspondant à la formule choisie.

Pour les enfants de moins de 12 ans, conformément à la réglementation, le montant de l'allocation versée est limité au montant des frais réellement exposés pour les obsèques.

ART 11 - QUELS SONT LES CAS OU LA GARANTIE NE S'EXERCE PAS?

11.1 - Les exclusions générales

Ne donnent pas lieu à indemnisation les frais engendrés par des soins commencés ou prescrits avant l'adhésion, ainsi que les accidents ou maladies et leurs suites qui 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, de la toxicomanie d'un assuré ou de toute autre addiction ;
- 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 l'amiante ou 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).

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

Nous ne garantissons pas les frais engagés 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 séjour ;
- . de gériatrie, de retraite ainsi que les séjours dans les hospices ou les centres hospitaliers accueillant des personnes âgées dépendantes;

11.3- 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 est établi par le Médecin Conseil de ECA Assurances indépendamment de tout accord ou refus de prise en charge du Régime obligatoire de l'assuré ;
 - tout frais non consécutif à un accident, facturé par un praticien spécialisé en chirurgie plastique ;
 - les cures de sommeil, amaigrissement, rajeunissement, désintoxication, ainsi que leurs suites ;
 - les interventions ayant pour but de remédier à des maladies ou infirmités congénitales, ainsi que leurs suites, sauf pour les nouveau-nés sous réserve que l'enfant soit déclaré au contrat dans les 30 jours suivant sa naissance.
 - Les consultations et visites de psychiatre ou de neuropsychiatre au delà de 6 consultations par an et par assuré;
 - Par ailleurs, les frais d'hospitalisation pour le traitement des affections mentales ou psychiatriques seront limités pour chaque assuré 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.

TITRE III- Comment obtenir vos remboursements ?

ART 13 - CE QUE VOUS DEVEZ DECLARER

13.2- Les documents que vous devez transmettre
- Pour obtenir le remboursement des dépenses de

santé vous devez transmettre à ECA Assurances le bordereau de remboursement du régime complémentaire sur lequel figure, entre autres, la cotation et la base de remboursement du Régime obligatoire, le montant de la dépense ainsi que les montants respectifs des remboursements effectués par ces organismes. Pour les dépenses non prises en charge par l'un ou l'autre de ces organismes, vous devez néanmoins communiquer le bordereau de remboursement du régime complémentaire qui devra préciser sa non participation à la prise en charge de la dépense concernée. Il pourra vous être demandé communication des notes d'honoraires et des factures originales.

- Pour le paiement de l'allocation forfaitaire de naissance vous devrez transmettre un extrait d'acte de naissance de l'enfant ou la copie du livret de famille.

Le forfait naissance est alloué que si la mère est assurée au contrat

Les demandes de remboursements doivent parvenir à ECA 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.

- Le décès d'un assuré doit être déclaré au plus tôt à ECA Assurances. L'allocation obsèques est versée au conjoint de l'assuré, à défaut ses enfants, à défaut ses héritiers. Le paiement est effectué en France dans la monnaie légale de l'État Français, sur transmission à ECA Assurances du bulletin de décès, de tout document (PV de gendarmerie, coupure de presse, attestation de témoin, etc.), prouvant l'origine accidentelle du décès, et s'il s'agit d'un enfant de moins de 12 ans, la facture des frais d'obsèques.

13.3- Contrôle des dépenses-Contrôle médical

Nous nous réservons la possibilité de demander aux assurés:

- tous renseignements ou documents dont nous jugerions utiles 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 ECA 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.

13.4- Arbitrage

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

Chacune des parties désignera un médecin. Si les médecins ne sont pas d'accord, ils choisiront un 3ème 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'assuré, 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 3e médecin et des frais de sa nomination.

Titre IV- Quelles sont les autres dispositions relatives à votre adhésion?

ART 14 - L'ETENDUE TERRITORIALE DES GARANTIES DU CONTRAT

La garantie ne concerne que les assurés résidant durablement en France métropolitaine ou les DOM-TOM.

Toutefois, la garantie Santé portant sur le remboursement des frais médicaux, chirurgicaux et/ou d'hospitalisation, de votre contrat est acquise dans le monde entier pour les assurés, à partir du moment où le Régime obligatoire intervient.

ART 15 - LES RECLAMATIONS- LA MEDIATION

En cas de réclamation, vous avez la possibilité de consulter notre charte RECLAMATION, accessible sur notre site ou sur demande, qui vous donnera la procédure à suivre.

Vous pouvez adresser votre réclamation par mail à l'adresse suivante : reclamation@eca-assurances.com

En cas de persistance de votre désaccord, vous pouvez saisir directement le Médiateur de l'assurance à l'adresse suivante : PLANÈTE COURTIER – Syndicat Français du Courtage d'Assurance 12 - 14 Rond Point CHAMPS ELYSEES 75008 PARIS.

Vous avez aussi la possibilité de vous adresser :
- à l'ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution) 61 rue Taitbout -75436 - PARIS cedex 09
Tel : 01 55 50 41 41 - Fax : 01 55 50 41 50

- au médiateur de chaque compagnie dont nous vous adresserons les coordonnées sur demande.

Ces différentes procédures de réclamation sont des procédures amiables et ne vous privent pas de votre droit de présenter votre dossier aux services judiciaires compétents suivant votre cas.

En cas de réclamation relative à un contrat souscrit sur notre site Internet, vous avez la possibilité d'utiliser la plateforme de la Commission Européenne pour la résolution des litiges accessible à l'adresse suivante : <http://ec.europa.eu/consumers/odr/>.

ART 16 - LA PRESCRIPTION

Le délai de prescription de toute action dérivant du présent contrat est de deux ans à compter du jour de l'événement qui lui a donné naissance (Articles L.221-11et 12 du Code de la mutualité).

ART 17 - DROIT DE COMMUNICATION ET DE RECTIFICATION (LOI 78.17 DU 6 JANVIER 1978 MODIFIEE)

Conformément à la Loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, de suppression des données transmises et d'opposition. Le responsable du traitement de vos données personnelles est la mutuelle. Vous pourrez exercer vos droits d'accès et de rectification prévus par les articles 39 et 40 de la loi précitée auprès du Service clients d'ECA Assurances ou du service Client de la Mutuelle dont les coordonnées respectives sont mentionnées en entête du présent document.

Les données personnelles seront utilisées pour le suivi de votre dossier et l'envoi de documents concernant les produits d'assurances développés par Swisslife Prévoyance et Santé, destinataire de l'information, avec ses mandataires, l'Association le cas échéant, les organismes de réassurances. Cependant, si vous souhaitez ne pas être sollicité, nous vous invitons à le faire savoir à ECA Assurances par courrier simple à l'adresse précitée.

ART 18 - LA SUBROGATION

Conformément aux dispositions du code de la mutualité, l'assuré bénéficiaire des prestations nous donne subrogation pour exercer son recours, en cas de sinistre, contre les tiers responsables jusqu'à concurrence des prestations et indemnités versées en application des garanties prévues dans le cadre de l'adhésion.

ART 19 - AUTORITE DE CONTROLE

L'autorité chargée d'assurer le contrôle de la Mutuelle garantissant les risques couverts au titre du présent contrat est : ACPR - 61 rue Taitbout – 75009 Paris

ART 20 - VOS POSSIBILITES DE RENONCIATION

Conformément à l'article L 112-2-1 du Code des Assurances, l'Adhérent dispose d'un délai de 14 jours calendaires révolus pour renoncer à son adhésion sans avoir à justifier de motif ni à supporter de pénalités. Ce délai commence à courir :

- Soit à compter du jour où l'intéressé est informé que le contrat à distance a été conclu ;
- Soit à compter du jour où l'intéressé reçoit les conditions contractuelles et les informations, conformément à l'article L. 121-28, si cette dernière date est postérieure à celle mentionnée au a;

Cette renonciation doit être faite par lettre recommandée avec accusé de réception, envoyée à ECA-Assurances BP 83 / 92115 Clichy Cedex. Elle peut être faite selon le modèle ci-après.

Pour toute précision relative au droit de renonciation, l'Adhérent peut contacter ECA-Assurances au N° 0 969 320 418, prix d'un appel local à partir d'un poste fixe.

Si l'adhérent a demandé que son adhésion commence à être exécutée avant l'expiration du délai de renonciation, l'Assureur sera alors en droit de conserver une fraction de la cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque couru.

Si des prestations ont été versées, l'adhérent s'engage à rembourser à ECA Assurances les montants perçus dans un délai de 30 jours.

Si des cotisations ont été perçues, ECA Assurances les remboursera à l'adhérent, déduction faite de la cotisation au prorata de la période de garantie, 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 n° XXXXXXXX , du (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.

Je m'engage, pour ma part, à rembourser le montant des prestations qui ont pu m'être versées.

A Le Signature

ART 21 – GESTION ELECTRONIQUE DES DOCUMENTS

Tous les documents échangés (courriers ECA et courriers adhérents) font l'objet d'une numérisation électronique.

ART 22 - OPPOSITION AU DÉMARCHAGE TÉLÉPHONIQUE

En vertu des articles L223-1 et L223-2 du code de la consommation, le prospect ne souhaitant pas faire l'objet de démarchage téléphonique dispose d'un droit d'inscription sur une liste d'opposition au démarchage téléphonique.

TITRE V - Lexique

Pour vous faciliter la lecture de ce document, nous avons défini ci-après certains termes fréquemment utilisés dans le texte de la présente notice d'information ou le tableau de garanties.

Accident

Par accident, il faut entendre toute atteinte corporelle, non intentionnelle de la part de l'assuré et provenant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure.

Adhérent

Il s'agit de la personne physique ou morale, membre

de l'Association qui signe le certificat d'adhésion au contrat, acquitte les cotisations, et ainsi fait accéder aux garanties du dit contrat.

Age

On entend par âge, l'âge atteint par l'adhérent ou l'assuré au 31 décembre de l'année considérée. Dans ce cadre, le calcul de l'âge est obtenu par la différence entre le millésime de l'année considérée et celui de l'année de naissance.

Exemple : Vous êtes né le 21 février 1960. L'âge pris en considération au cours de l'année 2007 sera de 47 ans (2007 - 1960 = 47).

Année d'assurance

Période comprise entre deux échéances principales.

Année (...de Bonus de fidélité)

Période de 12 mois de garantie dans l'option choisie. La première débutant à partir de la date d'effet fixée pour chaque assuré.

Assuré

Toute personne qui bénéficie de la garantie souscrite dans le cadre de l'adhésion, y compris l'adhérent.

Base de Remboursement - BR

L'ensemble des tarifs de base utilisés par le Régime obligatoire pour le calcul de ses remboursements.

Bonus de fidélité

Majoration de la prestation qui selon la durée de vie de l'option souscrite, s'ajoute à la prestation de base initiale.

Conclusion (...de l'adhésion)

L'adhésion est conclue par l'envoi, au domicile de l'adhérent, des conditions contractuelles (Certificat d'adhésion et Notice d'information) par ECA Assurances.

Conjoint

Est considéré comme conjoint l'époux ou l'épouse de l'adhérent, non divorcé(e), ni séparé(e) de corps judiciairement, son cosignataire d'un pacte civil de solidarité ou son (sa) concubin(e) notoire.

Délai d'attente

Le délai d'attente est une période décomptée à partir de la date de prise d'effet, au terme de laquelle intervient le début de la garantie.

Dépassement d'honoraires

Partie des honoraires dépassant les tarifs de référence du Régime obligatoire.

Echéance principale

Echéance annuelle fixée la première fois 12 mois après la prise d'effet des garanties (date anniversaire) puis ensuite au 31/12/de chaque année

Enfant (...à charge)

Il s'agit de votre ou vos enfants fiscalement à votre charge, ou celle de votre conjoint. La garantie cesse à leur égard à la fin de l'année suivant leur 21ème anniversaire ou jusqu'à leur 26ème anniversaire s'ils poursuivent des études et sont inscrits au régime de la Sécurité sociale des étudiants ou se trouvent sous

contrat d'apprentissage.

Hospitalisation

Séjour en qualité de patient prescrit par un médecin dans une clinique ou un hôpital public ou privé dès lors que ce séjour a pour objet le traitement médical ou chirurgical d'une maladie, d'un accident ou d'une maternité.

Long séjour

La notion de long séjour peut se définir quant à la durée plus ou moins longue de l'hospitalisation, quant au degré de dépendance de la personne hospitalisée et selon qu'elle soit sous surveillance continue ou non

Maladie

Toute altération de la santé constatée par une autorité médicale compétente.

Maternité

L'état de grossesse, l'interruption de grossesse, l'accouchement, les suites de couches ainsi que les complications pathologiques de ces événements.

Nous

Il s'agit de nous même, l'Assureur.

Nomenclature (...des actes de la Sécurité sociale)

Elles listent les actes et biens médicaux remboursables. Elles servent de base pour les calculs des remboursements des Régime obligatoire et complémentaire. Les nomenclatures utilisées sont la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP), la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM), la Liste des Produits et Prestations (LPP) et de la Table Nationale de Biologie(TNB).

Régime Obligatoire – RO

Le régime obligatoire d'assurance maladie de Sécurité sociale auprès duquel est affilié l'assuré.

Tarif de convention-Tarif de responsabilité

Il s'agit des tarifs servant de base au calcul du remboursement du régime obligatoire.

Tarif d'autorité

Tarif servant de base au calcul du remboursement du Régime obligatoire pour les actes pratiqués par des professionnels de santé relevant du secteur non conventionné.

Ticket modérateur - TM

Différence entre les tarifs de base (TC, TA, BR, TR) pris en compte par le Régime obligatoire et le remboursement effectué par ce dernier.

Vous

Il s'agit de vous, adhérent, souscripteur de l'adhésion au contrat.