

CONDITIONS GENERALES
VALANT NOTICE D'INFORMATION
ECA-OPTIONS BUDGET
Référence : NI-OPB0415 / 06-2016

Notice d'information relative au contrat collectif à adhésion facultative **OPTIONS BUDGET** souscrit sous le numéro S008117 et le numéro S018117

- Par l'**Association Lafayette Patrimoine & Epargne (A.L.P.E.)** association loi du 1^{er} Juillet 1901, déclaration à la préfecture de Paris n°W751208250 – Siège social : 92-98 Boulevard Victor Hugo 92110 Clichy dénommée ci-après « **Association** ».
- Auprès de la **Société AREAS DOMMAGES, Société d'assurances Mutuelle à cotisations fixes régie par le Code des Assurances**, siège 47/49 rue de Miromesnil- 75380 Paris Cedex 08, désignée ci-après « **la Mutuelle** ».

La gestion de votre adhésion au contrat 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 Cedex – téléphone : 0969320418 (appel non surtaxé) – Email : relationsclients@eca-assurances.com – RCCS Nanterre : B 402 430 276.

ECA-Assurances, qui agit en tant que mandataire de la Mutuelle, est dénommée ci-après « ECA Assurances ».

Le contrat **OPTIONS BUDGET** a été négocié auprès de la Mutuelle par ECA Assurances qui le commercialise à titre exclusif via son propre réseau commercial et un réseau d'intermédiaires d'assurances partenaires.

Préambule

Votre adhésion au contrat **OPTIONS BUDGET** est :

- régie par les dispositions qui suivent dans le présent document et par le Code des Assurances. La loi applicable est la loi française. En accord avec l'Association, ECA Assurances et vous-même, nous nous engageons à utiliser la langue française pendant toute la durée de votre adhésion ;
- 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 les prestations.
- Le Certificat d'Adhésion qui précise notamment les différentes dispositions personnelles de votre

adhésion, les personnes assurées, la formule assurée, 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.

Lexique

Pour faciliter la lecture des différents documents relatifs à votre adhésion au contrat, nous avons défini ci-après certains termes utilisés dans ceux-ci.

Accident : Toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'assuré et provenant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure.

Adhérent : personne physique légalement majeure, membre de l'Association, qui signe la demande d'adhésion, acquitte les cotisations et fait ainsi accéder aux garanties du contrat. Elle est responsable de la déclaration du risque et des obligations définies au contrat.

Age : L'âge de l'assuré est calculé par différence de millésimes, entre l'année de l'adhésion en cours considérée et l'année de naissance. Exemple : Un assuré souscrivant son adhésion à compter du 1^{er} février 2015, né le 2 août 1975, sera considéré avec un âge de 40 ans (2015 – 1975 = 40), et lors du renouvellement de son adhésion au 1^{er} janvier 2016, avec un âge de 41 ans en 2016.

Année d'assurance : Période s'écoulant entre deux dates anniversaires de la date d'effet des garanties. Le point de départ de cette période est la date d'effet des garanties portée au Certificat d'adhésion pour chaque Assuré.

Assuré : La (ou les) personne(s) garantie(s) dans le cadre de l'adhésion selon la formule souscrite.

Avenant : Modification du contrat et document matérialisant cette modification.

Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR) : Tarif sur la base duquel est calculé le remboursement effectué par le Régime Obligatoire de Sécurité sociale française dont relève l'assuré. Ce tarif peut varier selon que le praticien est conventionné ou non conventionné. On parle de :

- Tarif de convention (TC) lorsque les actes sont effectués par un professionnel de santé conventionné avec l'assurance maladie obligatoire. Il s'agit d'un tarif fixé par une convention signée entre l'assurance maladie obligatoire et les représentants de cette profession.

- Tarif d'autorité (TA) lorsque les actes sont effectués

par un professionnel de santé non conventionné avec l'assurance maladie obligatoire (ce qui est peu fréquent). Il s'agit d'un tarif forfaitaire qui sert de base de remboursement. Il est très inférieur au tarif de convention.

- **Tarif de Responsabilité (TR)** pour les médicaments et autres biens médicaux.

Certificat d'Adhésion : Document émis par le Service Gestion de ECA Assurances en réponse à la demande d'adhésion qui précise l'ensemble des éléments individualisant l'adhésion au contrat. Il mentionne notamment le nom de l'adhérent et des personnes assurées, la date d'effet de la garantie, la formule de garantie souscrite, la date d'échéance, le montant de la cotisation à la date d'effet de la garantie.

Conclusion de l'adhésion : L'adhésion est conclue par l'accord entre l'Adhérent et la mutuelle. La date de conclusion est indiquée au Certificat d'Adhésion.
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 en vigueur au cours de l'adhésion ou son (sa) concubin(e) notoire.

Contrat d'Accès aux Soins (CAS) : Contrat souscrit sur la base du volontariat et proposé aux médecins titulaires d'un droit de dépassement d'honoraires par lequel ils s'engagent à ne pas dépasser un taux moyen de dépassement d'honoraires. Il a pour objectif de favoriser l'accès aux soins des patients en leur permettant d'obtenir un meilleur remboursement des consultations et actes médicaux.

Couple : est considéré comme couple, l'Adhérent et son Conjoint.

Date anniversaire du contrat : date qui correspond à la date de prise d'effet du contrat (jour, mois, année). Elle peut être différente de la date d'échéance principale.

Déchéance (perte de garantie) : Perte des droits à l'indemnité d'assurance de l'adhérent à la suite de l'inobservation de certaines de ses obligations en cas de sinistre.

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. Aucune prestation n'est due pour des frais engagés et événement survenant au cours de cette période, pendant toute la durée de l'adhésion.

Dépassement d'honoraires : Partie des honoraires dépassant la base remboursement 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 : Il s'agit de votre ou de vos enfants fiscalement à votre charge, ou à celle de votre conjoint. La garantie cesse à leur égard, au plus tard à la fin de l'année suivant leur 25ème anniversaire. A compter de 18 ans les enfants peuvent continuer à être assurés dans le cadre de l'adhésion des parents moyennant le paiement d'une cotisation Adulte.

Etablissements médico-sociaux : Etablissement assurant des soins et une éducation spéciale ou professionnelle au profit des personnes âgées, des adultes ou enfants handicapés et des personnes sans domicile.

Forfait annuel : Lorsque les montants de remboursements sont exprimés sous la forme de forfaits, ces forfaits sont valables par année d'assurance et par assuré. Ils ne sont pas cumulables d'une année sur l'autre.

France : Il s'agit de la France métropolitaine, des départements et territoires d'outre-mer, et de la Principauté de Monaco.

Garantie : elle correspond aux prestations assurées dans le cadre de la formule retenue, cumulées à celles des options éventuellement souscrites, qui forment un tout indissociable et constituent ainsi la garantie.

Hospitalisation : Tout séjour pris en charge par le Régime Obligatoire de Sécurité sociale dans un établissement hospitalier (clinique ou hôpital, privé ou public) en France ou dans le monde entier. L'hospitalisation doit être prescrite par un médecin, pour y recevoir les soins nécessités par une maladie, une maternité ou un accident garanti. A l'étranger, on entend par établissement hospitalier, un établissement sous la surveillance permanente d'un personnel médical qualifié dirigé de jour et de nuit par un médecin. L'établissement doit posséder un fichier médical où chaque patient est enregistré et auquel le Médecin-conseil de l'Assureur (ou de ses mandataires) peut avoir accès.

Long séjour : Unité pour les personnes n'ayant pas leur autonomie de vie et dont l'état nécessite une surveillance médicale constante et des traitements d'entretien.

Maladie : Toute altération de la santé constatée par une autorité médicale compétente et qui nécessite un traitement médical ou une intervention chirurgicale.

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

Moyen séjour – Soins de suite ou réadaptation

(SRR) : Unité pour les patients nécessitant des soins à leur rétablissement dans le cadre d'un traitement ou d'une surveillance médicale.

Nous : Désigne la mutuelle.

Nomenclatures de la Sécurité sociale : elles listent les actes et biens médicaux remboursables. Elles servent de base pour les calculs des remboursements des Régimes Obligatoires et complémentaires. Les nomenclatures utilisées sont la Nomenclature générale des actes Professionnels (NGAP), la Classification Commune des actes Médicaux (CCAM), la Liste de produits et Prestations (LPP) et de la Table Nationale Biologie (TNB).

Nullité de l'adhésion : Sanction prévue par le Code des Assurances en cas de fausse déclaration intentionnelle d'un adhérent. Celui-ci perd alors le bénéfice des garanties qui étaient prévues dans le cadre de l'adhésion au contrat et les cotisations, payées ou échues, sont acquises à la mutuelle à titre d'indemnité.

Parcours de soins : Tout assuré social ou ayant-droit âgé de plus de 16 ans doit désigner un médecin traitant, qui peut être un médecin généraliste ou un médecin spécialiste. Celui-ci centralise les informations sur son patient et l'orientera vers un spécialiste au besoin. Cette démarche assure un remboursement optimal des soins médicaux. A condition d'avoir déclaré un médecin traitant, il est possible de consulter directement certains spécialistes sans recourir à une prescription préalable du médecin traitant. Il s'agit des médecins exerçant les spécialités suivantes : l'Ophtalmologie, la Gynécologie, la Psychiatrie et Neuro Psychiatrie jusqu'à 25 ans, le Dentaire (sauf stomatologie) et la Pédiatrie. Le patient qui décide de recourir à des soins ou à des professionnels de santé en s'abstenant de solliciter son médecin traitant, lorsque la réglementation l'impose, s'expose à une baisse de ses remboursements par son Régime Obligatoire.

Plafond annuel de remboursement : Seuil limite annuel de la prise en charge par la Mutuelle d'une dépense pour un type d'acte. Le plafond s'entend par année d'assurance, et ne peut être ni reporté ni cumulé d'une année sur l'autre.

Régime Obligatoire (RO) : C'est le Régime Obligatoire d'assurance maladie de Sécurité sociale Française dont relève l'assuré.

Service spécialisé : Tout séjour prescrit par un médecin pour y recevoir les soins nécessités par une maladie ou un accident en centre de : rééducation, convalescence, réadaptation fonctionnelle, soins de suite, diététique, sevrage thérapeutique, ou maison d'enfants à caractère sanitaire, maison de repos.

Sinistre : La réalisation d'un événement assuré. Constitue un seul et même sinistre l'ensemble des événements se rattachant à un même fait générateur.

Souscription à distance : La Souscription à distance désigne la souscription de l'adhésion au contrat OPTIONS B UDGET réalisée au moyen d'une méthode de vente à distance (mailing, téléphone, Internet).

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

Verres optiques correcteurs : Dispositifs médicaux visant à corriger un défaut de la vision. Les verres correcteurs sont définis comme suit :

- **Verres simples :** foyer dont la sphère est comprise entre -6,00 et +6,00 ou dont le cylindre est inférieur ou égal à +4,00.

- **Verres complexes :** foyer dont la sphère est hors zone de -6,00 à +6,00 ou dont le cylindre est supérieur à +4,00 et à verres multifocaux ou progressifs.

- **Verres hypercomplexes :** verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est hors zone de -8,00 à +8,00 ou à verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4,00 à +4,00.

Vous : Désigne l'Adhérent.

Art.1 - Objet du contrat

Le contrat **OPTIONS BUDGET** 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 une maladie, une maternité, un accident ou une hospitalisation. Les prestations assurées dans le cadre de la formule de garantie souscrite ainsi que les garanties optionnelles choisies sont définies sur votre certificat d'adhésion. Le cas échéant, selon les garanties souscrites et votre situation personnelle, les garanties proposées prévoient, à titre accessoire à la garantie principale, dite Garantie Santé.

Cette garantie peut être étendue aux membres de la famille de l'Adhérent.

Art.2 – Nature des garanties du contrat

Garanties « contrat solidaire » :

L'accès au contrat et aux garanties proposées dans le cadre des différentes formules 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 » :

Les garanties des différentes formules du contrat

OPTIONS BUDGET s'inscrivent dans le cadre du dispositif législatif des contrats d'assurance visés à l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale ainsi que ses décrets d'application, dont notamment :

- la prise en charge de la participation des assurés dans les conditions définies à l'article R 871-2 du Code de la Sécurité sociale,
- 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,
- des franchises médicales.

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 **OPTIONS BUDGET**, vous devez :

- adhérer à l'Association,
- résider en France,
- être assujetti à un Régime Obligatoire de Sécurité sociale, en tant qu'assuré social ou ayant-droit,
- respecter les limites d'âge d'adhésion prévues à l'article 4.

Dispositions spécifiques au contrat n° S018117 (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.

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

Personnes assurées

L'Adhérent, et s'ils sont désignés sur le Certificat d'Adhésion, son conjoint, ses enfants ou ceux de son conjoint. Les assurés doivent par ailleurs être affiliés auprès d'un Régime obligatoire en tant qu'assuré social ou ayant droit.

Age limite d'adhésion

65 ans lors de la prise d'effet des garanties et 20 ans pour les enfants.

Rappel : Pour la détermination de l'âge de l'assuré, nous prenons celui de l'assuré au 31 décembre de

l'année d'adhésion (Cf. définition âge au lexique).

Tout assuré résilié dans le cadre d'une adhésion au présent contrat ne pourra être de nouveau admis que sur accord express de la mutuelle.

Art. 5 - Comment souscrire les garanties du contrat ?

Le client souhaitant s'assurer peut souscrire au contrat **OPTIONS BUDGET** selon les modalités proposées et mises à sa disposition par ECA Assurances : souscription par écrit sur support papier, par téléphone avec enregistrement, ou par Internet.

Art.6 – Les déclarations de l'Adhérent

6.1 – A l'adhésion

Pour souscrire l'une ou l'autre des formules de garantie proposées dans le cadre du contrat **OPTIONS BUDGET**, vous devez, quel que soit le mode de souscription évoqué à l'article 5, répondre sous forme de déclaration à une demande d'information concernant la situation personnelle de la personne 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.

6.2 – En cours d'adhésion

Vous devrez au plus tard dans les 15 jours :

- nous déclarer :

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

- procéder aux déclarations prévues pour tout nouvel assuré à prendre en compte dans le cadre de votre adhésion. Les conditions d'accès au contrat sont les mêmes que celles définies pour les 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 un 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 selon la situation la nullité de l'adhésion ou la réduction des prestations conformément aux dispositions des articles L 113.8 et L 113.9 du Code des Assurances.**

6.3 - 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 versement des indemnités prévues par votre contrat et au paiement de vos cotisations, certaines informations complémentaires ou documents vous seront également demandés.

6.4 – 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 ECA 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 ECA Assurances ou la Mutuelle en erreur sur les causes, circonstances, conséquences ou montant d'un sinistre entraîne la perte de tous droits à l'assurance.

Art.7 – Conclusion, effet, durée et renouvellement de l'adhésion

7.1 – Conclusion de l'adhésion

L'Adhérent, la Mutuelle et l'association **A.L.P.E** conviennent qu'en cas de Souscription à distance, les données sous forme électronique et les enregistrements téléphoniques conservés par la Mutuelle ou tout mandataire de son choix vaudront signature par l'Adhérent et lui seront opposables ; ceux-ci pourront être admis comme preuves de son identité et de son consentement relatif à la souscription de son adhésion au contrat, au contenu de celui-ci et aux moyens de paiement de la cotisation d'assurance, dûment acceptés par lui.

La souscription à l'assurance se fait lorsque la personne sollicitée par ECA Assurances, ayant reçu et pris connaissance de la Notice d'information d'une part, et ayant vérifié qu'elle satisfait aux conditions d'éligibilité d'autre part, donne son consentement à l'offre d'assurance.

L'adhésion au contrat est conclue et prend effet dès l'expression du consentement de l'Adhérent dans les conditions visées ci-dessous, sous réserve de l'acceptation de la souscription par la Mutuelle.

- en cas de souscription par écrit sur support papier

- à la date d'enregistrement informatique de la demande de souscription au contrat dûment complétée et signée par l'Adhérent ;

- en cas de souscription sur Internet

- à la date d'enregistrement informatique de la demande de souscription au contrat dûment complétée et signée par l'Adhérent au moyen de la procédure de souscription électronique accessible sur le site Internet de ECA Assurances ;

- en cas de souscription à l'assurance par téléphone

- le jour de l'entretien téléphonique, enregistré avec son consentement, au cours duquel l'Adhérent a donné son accord.

L'Adhérent doit avoir reçu et pris connaissance de la Notice d'Information avant la conclusion de l'adhésion au contrat.

7.2 – Date d'effet de l'adhésion

La date d'effet de l'adhésion est mentionnée sur le Certificat d'Adhésion ainsi que sa date de conclusion. En cas de souscription à distance, l'adhésion peut être exécutée immédiatement et intégralement à compter de sa conclusion à la demande express de l'adhérent.

La garantie souscrite prend effet dès l'encaissement effectif de la première cotisation dont la date d'exigibilité est indiquée sur le Certificat d'adhésion et après expiration des délais d'attente évoqués à l'article 9.

7.3 - La durée, le renouvellement de l'adhésion

Sauf disposition contraire indiquée aux conditions particulières, l'Adhésion au contrat est conclue pour une durée d'un an à compter de sa date d'effet.

L'adhésion se renouvellera ensuite au 1er janvier de chaque année, par tacite reconduction sans intervention de la part de l'Adhérent, sauf dénonciation formulée par lui-même, et sous réserve du paiement des cotisations.

Important : Le présent contrat étant un contrat d'assurance de groupe, il n'est pas concerné par les dispositions de la loi relative à la reconduction tacite des contrats, dite loi Chatel.

7.4– La révision du contrat et de votre adhésion

Les conditions des garanties sont définies en fonction de la législation 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 à votre connaissance. La demande de résiliation devra être adressée par lettre recommandée à ECA Assurances. A défaut de réception de cette notification de résiliation, les nouvelles conditions de garanties seront considérées comme acceptées de votre part.

Art.8 – Résiliation de l’adhésion

8.1 - L’adhésion peut être résiliée :

Par l’Adhérent :

- A la date anniversaire de l’adhésion, c’est-à-dire à l’issue de la première année (12 mois complets d’assurance), puis ensuite à chaque échéance principale fixée au 1^{er} janvier moyennant un préavis de deux mois.
- En cas de disparition des circonstances aggravantes mentionnées dans le contrat, si la mutuelle refuse de réduire la prime en conséquence.

De plein droit :

- En cas de retrait de l’agrément de la mutuelle.
- En cas de décès de l’Adhérent.

Par la mutuelle :

La mutuelle pourra mettre fin aux garanties, selon les modalités prévues par le Code des Assurances, pour **les motifs suivants :**

- Non-paiement des cotisations,
- Réticences ou fausse déclaration du risque à l’adhésion ou en cours d’adhésion,
- Aggravation du risque (non liée à l’état de santé), en cours de contrat si l’Assuré n’accepte pas le tarif proposé,
- Fraude ou tentative de fraude pour obtenir des prestations.

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.
- En fonction des options souscrites, lorsque l’Assuré atteint l’âge limite de garantie mentionné à l’article 9.

8.2 - Les modalités de la résiliation

La résiliation par l’Adhérent doit être effectuée par courrier recommandé avec accusé de réception au siège de ECA Assurances.

La résiliation par la Mutuelle sera notifiée par ECA Assurances à l’Adhérent par lettre recommandée à son dernier domicile connu.

8.3 - Les conséquences de la résiliation

Lorsque l’adhésion est résiliée, les prestations ne sont dues que pour les sinistres garantis nés et déclarés avant la prise d’effet de la résiliation.

Art. 9 – Prise d’effet, délais d’attente, suspension et cessation des garanties

9.1 – Effet des garanties

La garantie débute à la date d’effet mentionnée au Certificat d’Adhésion ou à l’avenant d’adhésion, à l’égard de chacun des assurés, et après expiration des éventuels délais d’attente.

La date d’effet est fixée au plus tôt le lendemain de la demande d’adhésion.

9.2 - Délais d’attente et limitations

Les garanties du contrat ne comportent pas de délai d’attente, mais des limitations comme suit :

En Hospitalisation : La chambre particulière est limitée à 60 jours par an sur les options de 150B à 300B.

Maternité : La chambre particulière est limitée à 7 jours par an et par bénéficiaire.

Ces mêmes limitations s’appliquent à l’égard des membres de la famille assurés postérieurement à la date d’effet de l’adhésion, ou en cas de modification vers un niveau supérieur de la garantie.

9.3 - Suspension des garanties

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 des Assurances,
- séjour hors de France de plus de 2 mois par an en une ou plusieurs périodes, ou à l’étranger dans les pays formellement déconseillés par le Ministère français des Affaires Étrangères (liste consultable auprès du Ministère des Affaires Étrangères, notamment sur son site internet).

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 ou Monaco après un séjour :
- de plus de 2 mois en une ou plusieurs périodes en –dehors du territoire français ;
- à l’étranger dans les pays formellement déconseillés par le Ministère français des Affaires Étrangères.

La suspension des garanties entraîne pour chaque Assuré, la perte de tout droit à prestations se rapportant à des Accidents, Maladie ou Maternité survenus pendant cette période.

9.4 - La cessation de la garantie

La garantie est viagère. Elle cesse toutefois :

- dès que l'assuré ne répond plus à la définition des personnes assurées ;
- à l'égard de chaque assuré, à la date d'effet de la résiliation de l'adhésion,

Art.10- Cotisation

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 l'option de garantie choisie, de l'âge des assurés, du lieu de votre domicile, de la composition familiale et des modalités de prise en charge et bases de remboursement en vigueur du ou des Régimes obligatoires dont vous et vos bénéficiaires relevez lors de la prise d'effet des garanties. La cotisation du troisième et quatrième enfant sont gratuits, à condition que les deux premiers enfants assurés paient une cotisation en « qualité » d'enfant. Le cinquième enfant et les suivants sont payants. 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. Cette revalorisation ne sera toutefois appliquée que si l'adhésion a une durée effective minimale de 12 mois.

En cours d'adhésion :

Les cotisations évoluent lors de chaque renouvellement annuel de 2 % par an jusqu'à l'âge de 60 ans, de 3 % à partir de 61 ans au-delà de 12 mois de cotisations.

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 varier en cas de changement du lieu de votre résidence ou 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 taxes actuelles à la charge des assurés sont comprises dans la cotisation.

10.2 - Evolution des cotisations

A chaque renouvellement annuel de l'adhésion, votre cotisation pourra évoluer pour tenir compte :

- du taux d'accroissement des dépenses de santé publié par la Caisse nationale d'assurance maladie

des travailleurs salariés,

- des résultats techniques du Contrat.

Elle pourra également évoluer immédiatement ou à l'échéance principale, en cas de modification :

- des conditions de prise en charge par la Sécurité sociale,
- des impôts et taxes qui pourraient être établis sur votre cotisation postérieurement à la souscription de votre adhésion.

ECA Assurances en informera les Adhérents par courrier.

En cas d'augmentation de la cotisation résultant d'une évolution défavorable des résultats techniques, ECA Assurances vous adressera un courrier au moins deux mois avant l'échéance principale. La nouvelle cotisation prendra alors effet dès l'échéance principale suivant la notification faite par ECA Assurances. Vous pourrez demander le non renouvellement de votre adhésion par courrier recommandé adressé au plus tard dans les 30 jours suivant la notification à ECA Assurances.

10.3 - 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. Vous pourrez, sous réserve d'en faire la demande un mois au moins avant l'échéance principale, demander un changement de fractionnement de la cotisation. Cette modification prendra effet à la date du prochain renouvellement.

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 suivant son échéance, ECA Assurances pourra vous adresser à votre dernier domicile connu une lettre recommandée valant mise en demeure. Vos garanties seront 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.11 - Quelles sont vos garanties ?

11.1-VOTRE GARANTIE SANTE

Notre participation, 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 et participations 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.

Vous ne pourrez percevoir pour vous-même ou pour les membres de votre famille assurés, un remboursement dont le montant cumulé à ceux perçus par le Régime Obligatoire et la ou les éventuelles assurances complémentaires, serait 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.

L'ensemble des garanties et options sont souscrites obligatoirement pour les mêmes niveaux pour tous les membres de la famille.

La justification des frais engagés pour les dépenses garanties s'effectue sur les bases suivantes:

1. Frais faisant l'objet d'un remboursement par le Régime Obligatoire

Le montant est celui, tel qu'il figure :

- dans le fichier télétransmis par le centre de traitement à ECA Assurances (procédure de télétransmission avec votre caisse obligatoire),
- ou sur les originaux de la feuille de soins ou le bordereau de remboursement établi par votre caisse obligatoire,
- et lorsque les frais ont fait l'objet d'une prise en charge par un précédent régime complémentaire, le décompte de remboursement original de ce dernier.

2. Frais ne faisant pas l'objet d'un remboursement par le Régime Obligatoire

Le montant est celui figurant sur les factures des professionnels de santé.

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.

Lorsque la prestation garantie est exprimée sous la forme « par an », « par année », ou « forfait annuel » elle s'entend par année d'assurance, selon la définition qui en est précisée au lexique ci-dessus.

Nos remboursements viennent en complément de ceux faisant l'objet d'un remboursement du Régime Obligatoire de Sécurité sociale de l'assuré (ou de tout autre organisme offrant des prestations similaires), et de ceux des éventuels organismes complémentaires auprès desquels les assurés pourraient être garantis.

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 Tarification à l'Acte (T2A), de la Liste des Produits et Prestations (LPP) et de la Table Nationale de Biologie (TNB).

Certains frais non pris en charge par le Régime Obligatoire de Sécurité sociale de l'assuré 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 des consultations de praticiens de santé non pris en charge par le Régime Obligatoire : Les consultations des praticiens de santé non prises en charge par le régime de base et listées dans le tableau des garanties sont prises en charge dans la limite de la prestation maximum 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 Optique : Si l'option souscrite le prévoit, la garantie Santé comprend un forfait optique dont le montant incluant le Ticket Modérateur est mentionné au tableau des garanties. Le remboursement des frais d'optique est limité à un équipement complet (monture + 2 verres) par période de 2 ans et par bénéficiaire. La prise en charge de la monture au sein de l'équipement est limitée à 150 euros. La période de 2 ans s'apprécie à compter de la date de prise d'effet de la garantie de l'adhésion de chaque assuré; tout renouvellement de l'équipement dans un délai inférieur à 24 mois suivant la d'effet de la garantie de l'adhésion ne sera pas remboursé.

Par dérogation, pour les enfants mineurs ou en cas d'évolution du défaut visuel, le forfait optique s'applique pour un équipement par an et par bénéficiaire.

Si le contrat n'offre pas de garantie optique au-delà

des tarifs de responsabilité, le Ticket Modérateur sera couvert systématiquement et il ne sera pas limité à une prise en charge tous les deux ans.

Pour les assurés présentant un déficit de vision de près et un déficit de vision de loin, et ne pouvant ou ne souhaitant pas porter de verres progressifs ou multifocaux, les formules prévoyant un forfait optique peuvent couvrir une prise en charge de deux équipements sur une période de deux ans corrigeant chacun des deux déficits mentionnés ci-dessus.

Bonus forfait optique : S'il est prévu pour la formule de garantie choisie, il permet à l'assuré de bénéficier dès la 3ème année d'assurance sans remboursement d'optique, d'un forfait optique majoré. L'application du forfait et du bonus ne doivent pas dépasser les montants prévus par le dispositif législatif des contrats d'assurance visés à l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale ainsi que ses décrets d'application et se limite aux conditions et mentions indiquées dans le Tableau de Garanties.

Plafond annuel de remboursement du poste dentaire : Le remboursement des frais engagés pour les frais dentaires fait l'objet d'une limitation, appréciée par année d'assurance. Son montant est mentionné dans le tableau des garanties correspondant à la formule de garantie souscrite joint au Certificat d'Adhésion de l'Adhérent. **Lorsque le plafond annuel de remboursement dentaire est atteint, et sous réserve que la prestation concernée soit prise en charge par le Régime Obligatoire de l'assuré, la garantie interviendra à hauteur des participations minimales précisées à l'article R871-2 du Code de la Sécurité sociale.**

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 ECA 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, ECA 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.

Art.12 - La modification de vos garanties

Après un an d'adhésion, l'Adhérent peut demander à modifier ses garanties.

En cas de modification vers des garanties inférieures : La modification prendra effet à la prochaine échéance annuelle, sous réserve d'en effectuer la demande au moins deux mois avant cette date.

En cas de modification vers des garanties supérieures : la modification prendra effet le premier du mois suivant sa demande. Dans ce cas, le retour à une garantie inférieure, évoqué au paragraphe ci-dessus, ne pourra être effectif lors d'une échéance principale annuelle que dans la mesure où vous justifiez d'une période d'assurance de 12 mois complets dans la nouvelle formule de garantie.

La limite d'âge d'accès au contrat doit être respectée lors de la demande de changement. Les modifications s'appliquent à l'ensemble des assurés de l'adhésion.

Art.13 – Les exclusions et les limitations

Sous réserve que la prestation concernée soit prise en charge par le Régime Obligatoire de l'assuré, la garantie interviendra à hauteur des participations minimales précisées à l'article R871-2 du Code de la Sécurité sociale en cas de :

- survenance d'un des événements mentionnés aux ARTICLES 13.1 et 13.2,
- dépassement des limitations de prise en charge prévues A L ARTICLE 13.4.

13.1 - LES EXCLUSIONS GENERALES

Sont exclus 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 ;
- d'un état alcoolique de l'assuré caractérisé par la présence dans le sang d'un taux d'alcool pur égal ou supérieur à celui fixé par la loi régissant la circulation automobile française au moment du sinistre ;
- de l'usage de stupéfiants ou substances analogues, médicaments ou traitements à des doses non prescrites médicalement ;
- d'un acte intentionnel de la part de l'assuré ou de sa tentative de suicide consciente ou inconsciente ;
- de la participation active de l'Assuré à des rixes (sauf cas de légitime défense ou d'assistance à

personne en danger), à des crimes ou paris de toute nature ;

- d'une guerre étrangère ou civile ;
- 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).

13.2 - LES EXCLUSIONS RELATIVES A LA NATURE DE L'ETABLISSEMENT OU DU SERVICE HOSPITALIER

Nous ne garantissons pas l'indemnisation des frais hospitaliers dans les établissements, unités ou services suivants :

- hélio-marins ou de thalassothérapie ;
- long et moyen séjour ;
- gériatrie, retraite, hospices ou les centres pour personnes âgées dépendantes ;
- cures de sommeil, amaigrissement, rajeunissement, désintoxication, ainsi que leurs suites ;
- établissements médico-sociaux.

En outre, nous ne remboursons 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.

13.3 - LES EXCLUSIONS RELATIVES AUX FRAIS ET TRAITEMENTS SUIVANTS

Nous ne garantissons pas :

- les frais engendrés par des soins commencés ou prescrits antérieurement ou postérieurement à l'adhésion, ou pendant le délai d'attente ;
- les frais de chambre particulière lors d'hospitalisation ou séjour en service spécialisé ;
- tous les frais facturés par les établissements ou secteurs d'établissements pour lesquels le Régime Obligatoire ne prend pas en charge les frais d'hébergement ;
- le forfait journalier en cas de séjour en unité ou centre de soins de longue durée, en établissements et services qui accueillent des personnes âgées, ainsi qu'en établissements médico-sociaux ;
- 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 Nom

Délégataire indépendamment de tout accord ou refus de prise en charge du Régime Obligatoire de l'assuré ;

- les frais de prothèses et/ou appareillages dentaires provisoires.

13.4 - LES LIMITATIONS DE LA GARANTIE SANTE

Quelle que soit la formule souscrite, des limitations de remboursements sont prévues. En conséquence, la prise en charge de la Mutuelle sur la base des garanties de la formule souscrite et mentionnées dans le tableau des garanties est limitée comme suit :

- les hospitalisations et séjours en service spécialisé sont limités à 30 jours par an et par personne pour les formules 150B, 175B et 250B. Cette limite est fixée à 60 jours pour l'option 300B,
- les séjours 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,
- la prise en charge des consultations de psychiatrie et neuropsychiatrie est limitée à 6 par an et par assuré,
- La chambre particulière dans le cadre d'une hospitalisation est limitée pour les garanties 150B à 300B à 60 jours par an et dans le cadre de la maternité, limité à 7 jours par an.

13.5 – LES EXCLUSIONS ET LIMITATIONS RELATIVES A LA GARANTIE PERTE D'EMPLOI

Outre les exclusions prévues au 13.1 de la présente notice d'information, ne donnent pas lieu à indemnisation par la Mutuelle :

- toute période de chômage non indemnisée par le Pôle Emploi et : ou ne relevant pas du Régime d'Assurance Chômage de l'UNEDIC,
- toute période de chômage indemnisée par une allocation autre que l'Allocation d'Aide au Retour à l'Emploi (ARE) stricto sensu,
- la perte d'emploi qui est la conséquence d'une condamnation pénale de l'Adhérent dans le cadre de l'exercice de ses fonctions au sein de l'entreprise mise en liquidation judiciaire.

EN AUCUN CAS LE VERSEMENT DE PRESTATIONS, MÊME EFFECTUÉ À PLUSIEURS REPRISES, NE SAURAIT CONSTITUER UNE RENONCIATION DE LA MUTUELLE À L'UNE DES EXCLUSIONS DE GARANTIES PRÉVUES AU CONTRAT.

Art.14 - Territorialité

La garantie du contrat s'exerce en France.

Elle s'étend pour la **Garantie santé** aux accidents et maladies, aux hospitalisations survenues à l'étranger lorsque le Régime Obligatoire de l'Assuré s'applique et que les séjours en-dehors de France ne dépassent pas 2 mois par an en une ou plusieurs périodes.

Art.15 – Comment obtenir le règlement de vos prestations ?

15.1 – LES DOCUMENTS QUE VOUS DEVEZ NOUS TRANSMETTRE

Pour le remboursement des dépenses de santé :

Lorsque l'assuré ne bénéficie pas de la télétransmission avec sa Caisse d'Assurance Maladie, 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 de la Sécurité sociale * 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 de la Sécurité sociale *.

Le dentaire : l'original du décompte de la Sécurité sociale *. 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 de la Sécurité sociale * ou la facture détaillée acquittée établie par l'opticien pour les lentilles prescrites non remboursées. En cas de renouvellement de l'équipement d'optique dans le cadre d'une évolution de la vue, le remboursement se fera sur présentation, soit de la nouvelle prescription médicale portant une correction différente de la précédente, soit de la prescription initiale comportant les mentions portées par l'opticien.

Chirurgie réfractive des yeux : la prescription médicale, ainsi que l'original de la facture détaillée de l'établissement hospitalier.

Appareillage (prothèse auditive, prothèse orthopédique, prothèse capillaire, gros appareillage) : l'original du décompte de la Sécurité sociale*, ainsi que la facture détaillée acquittée.

Cure thermale : la facture des frais de transports (copie billet de train, avion), et des frais d'hébergement

(hôtel, ou locations diverses : camping, gîte, etc.).

Vaccins, homéopathie, phytothérapie, contraceptifs et médicaments non remboursés par le Régime Obligatoire : la copie de la prescription médicale ainsi que l'original de la facture détaillée.

Les demandes de remboursements ou de prestations quelle que soit leur nature 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.

15.2 – CONTROLE DES DEPENSES – CONTROLE MEDICAL

Nous nous réservons 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 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. Toute pièce médicale doit être adressée sous pli confidentiel au Médecin-conseil de ECA Assurances.
- L'assuré s'engage à transmettre les documents demandés et à se soumettre aux expertises médicales jugées par la mutuelle, sous peine d'être déchu du droit aux prestations pour l'accident ou la maladie en cause.**

15.3 - 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'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 3e médecin et des frais de sa nomination.

15.4 - LES MODALITES DE PAIEMENT DES PRESTATIONS

Le paiement des prestations, quelle qu'en soit la nature, est toujours effectué en France dans la monnaie légale de l'Etat Français.

Dépenses de santé

A l'exception des cas où nous réglons directement au professionnel de santé les dépenses engagées, le paiement des prestations est toujours établi à l'ordre de l'Adhérent pour l'ensemble des assurés.

Art.16- 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 fausse 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'action 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.

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription mentionnées à l'article L.114-2 sont celles prévues aux articles 2240 à 2246 du Code Civil, reproduits ci dessous :

Article 2240 du Code Civil : La reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription.

Article 2241 du Code Civil : La demande en justice, même en référé, interrompt le délai de prescription ainsi que le délai de forclusion.

Il en est de même lorsqu'elle est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure.

Article 2242 du Code Civil : 'interruption résultant de la demande en justice produit ses effets jusqu'à l'extinction de l'instance.

Article 2243 du Code Civil : L'interruption est non avenue si le demandeur se désiste de sa demande ou laisse périmer l'instance, ou si sa demande est définitivement rejetée.

Article 2244 du Code Civil : Le délai de prescription ou le délai de forclusion est également interrompu par une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée.

Article 2245 du Code Civil : L'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription contre tous les autres, même contre leurs héritiers. En revanche, l'interpellation faite à l'un des héritiers d'un débiteur solidaire ou la reconnaissance de cet héritier n'interrompt pas le délai de prescription à l'égard des autres cohéritiers, même en cas de créance hypothécaire, si l'obligation est divisible. Cette interpellation ou cette reconnaissance n'interrompt le délai de prescription, à l'égard des autres codébiteurs, que pour la part dont cet héritier est tenu.

Pour interrompre le délai de prescription pour le tout, à l'égard des autres codébiteurs, il faut l'interpellation faite à tous les héritiers du débiteur décédé ou la reconnaissance de tous ces héritiers.

Article 2246 du Code Civil : L'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance interrompt le délai de prescription contre la caution.

Art.17 - Subrogation

L'Assuré ou ses ayants-droit conservent leur droit de recours contre tout responsable.

Toutefois, si la Mutuelle a payé une indemnité au titre des frais de soins, elle se substitue à l'Assuré dans ses droits et obligations et jusqu'à concurrence de cette indemnité, contre tout responsable.

Art.18 - Informatique & libertés

Conformément à la loi informatique et libertés du 6 janvier 1978 modifiée, le responsable du traitement des informations recueillies est ECA Assurances.

Les données sont utilisées pour la gestion et le

suivi de vos dossiers par ECA Assurances et l'envoi de documents concernant les produits proposés par ECA Assurances, destinataire, avec ses mandataires, assureurs et réassureurs, de l'information. Elles sont également transmises aux destinataires habilités afin d'être traitées dans le cadre de la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme et de l'application des obligations réglementaires et de la gestion des risques opérationnels, notamment la fraude à l'assurance.

Le défaut de réponse aux informations obligatoires peut avoir pour conséquence le non traitement de votre dossier. Les données facultatives sont signalées.

Vous pouvez exercer vos droits d'accès, de rectification et d'opposition pour motif légitime, dans les conditions et limites prévues par les articles 38, 39 et 40 de la loi du 6 janvier 1978 modifiée. Veuillez adresser vos demandes à : ECA Assurances – BP 83 – 92115 CLICHY Cedex. En cas de demandes liées à des données médicales, veuillez libeller celles-ci à l'attention du Médecin conseil – ECA Assurances – BP 83 – 92115 CLICHY CEDEX. En cas de demandes liées à des données collectées afin d'être traitées dans le cadre de la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme le droit d'accès s'exerce, en application de l'article L. 561-45 du Code monétaire et financier, auprès de la Commission nationale de l'informatique et des libertés.

Art.19 - Les réclamations - La médiation

Au cours de la vie du contrat, des difficultés peuvent survenir. Aussi, pour toute demande ou rectification d'information vous concernant ou en cas de litige, vous devez en premier lieu consulter ECA Assurances. En cas de réclamation, vous avez la possibilité de consulter notre charte RÉCLAMATION, 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 désaccord quant à la réponse donnée par ECA-Assurances, vous pouvez adresser une réclamation à l'assureur en reproduisant les références du dossier accompagnée de la copie des pièces se rapportant à votre dossier et en exposant précisément votre différend. Le courrier doit être adressé à : AREAS - Service Relations Clientèle,

49, rue de Miromesnil 75380 Paris cedex 08, qui assurera un suivi personnalisé de votre demande et vous communiquera tout renseignement relatif à la procédure de médiation à laquelle vous pouvez avoir recours.

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 pouvez également 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

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.20 - Autorité de tutelle

Pour les Sociétés d'Assurance ayant leur Siège en France, l'autorité de tutelle est l'ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution) – 61 rue Taitbout – 75436 Paris Cedex 09.

Art.21 – Possibilité de renonciation

Dans le cas où l'adhésion a été souscrite dans le cadre d'un système de commercialisation à distance (articles L 112-2-1 du Code des Assurances et L 121-21 du Code de la Consommation), l'adhérent dispose d'un délai de 14 jours calendaires révolus pour se rétracter à compter de la date de réception des documents contractuels.

L'adhésion peut être exécutée immédiatement et intégralement à compter de sa conclusion à la demande expresse de l'adhérent.

Si votre adhésion est effectuée lors d'un démarchage à votre domicile, vous disposez d'un délai de 14 jours calendaires révolus à compter du jour de la conclusion du contrat ou du jour de la réception des conditions contractuelles pour renoncer à votre souscription.

En effet, l'article L112-9 du Code des Assurances dispose : « 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. ».

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 suivant le modèle de lettre ci-après. La cotisation dont l'adhérent est redevable en contrepartie de l'exécution immédiate et intégrale au contrat avant l'expiration de ce délai de rétractation est égale au prorata de la cotisation annuelle pour la période écoulée entre la conclusion du contrat et l'éventuelle rétractation.

En cas de renonciation

- Si des prestations ont été versées, l'adhérent s'engage à rembourser à la Mutuelle les montants perçus dans un délai de 30 jours ;
- Si des cotisations ont été perçues, la Mutuelle les remboursera 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 (Nom et Prénom de l'Adhérent), demeurant à (domicile principal), ai l'honneur de vous informer que je renonce à mon adhésion au contrat **OPTIONS BUDGET** (indiquer numéro d'adhésion), que j'ai signé le (indiquer la date) et (si des cotisations ont été perçues) vous prie de me rembourser les cotisations déduction faite de la cotisation au prorata de la période de garantie. Je m'engage de mon côté à rembourser le montant des prestations qui ont pu m'être versées.

Fait à Le

Signature de l'Adhérent

Art.23 - 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.

Art. 22– Gestion électronique des documents

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