

PRÉAMBULE

Il a été conclu entre :

- d'une part, l'Association ALPTIS SENIORS dont le siège social est situé 33, cours Albert Thomas - 69445 LYON CEDEX 03,
- et d'autre part, CNP IAM, Société Anonyme au capital de 30 500 000 € entièrement libéré, filiale de CNP Assurances, Société Anonyme au capital de 594 151 292 € entièrement libéré - entreprises régies par le code des assurances - 383 024 189 RCS Paris - 341 737 062 RCS Paris. Siège social : 4, place Raoul Dautry - 75716 PARIS CEDEX 15, ci-après dénommé l'assureur, entreprise soumise aux dispositions du code des assurances, un contrat d'assurance de groupe n° 7516 V à adhésion facultative.

Ce contrat est ouvert aux membres de l'Association ALPTIS SENIORS.

La gestion de ce contrat est déléguée à ALPTIS ASSURANCES, société de gestion et de courtage dont le siège social est situé 33, cours Albert Thomas - 69445 LYON CEDEX 03.

Le nom de la compagnie, le numéro de contrat et l'option choisie sont précisés sur le certificat d'adhésion envoyé à l'adhérent.

Le contrat s'inscrit dans le cadre des dispositifs législatifs des contrats responsables et solidaires.

Les relations précontractuelles et contractuelles entre les parties sont régies par le droit français et notamment par le code des assurances. Les parties utiliseront la langue française pendant toute la durée de l'adhésion.

OBJET

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

Ce contrat ne peut pas être souscrit en tant que surcomplémentaire à une assurance complémentaire de frais de santé.

ADHÉSION

CONDITIONS D'ADHÉSION

L'adhérent et ses ayants droit doivent être des personnes physiques résidant en France métropolitaine ou dans les DOM ;

L'adhérent doit être âgé de 60 ans au moins à la date d'adhésion. Pour ANGEVA SENIORS Plus 1, il n'y a pas de limite d'âge supérieure. Pour ANGEVA SENIORS Plus 2, 3 et 4, l'adhérent doit être âgé de moins de 75 ans (75 ans exclu).

Tous les membres d'une même famille doivent souscrire le même niveau de garantie et s'inscrire sur le même dossier.

Les assurés et l'adhérent doivent être affiliés à l'un des régimes de base de la protection sociale française.

Toutefois, pour l'adhérent et les assurés affiliés au régime Alsace-Moselle, la souscription n'est possible qu'à partir de ANGEVA SENIORS Plus 3.

FORMALITÉS D'ADHÉSION

- L'adhérent doit compléter, signer et dater une demande d'adhésion indiquant l'option choisie et les éventuels ayants droit inscrits.
- Aucun questionnaire médical n'est exigé.

PRISE D'EFFET DE L'ADHÉSION

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

DÉLAI DE RENONCIATION

L'adhérent dispose d'un délai de 30 jours calendaires révolus pour se rétracter à compter de la conclusion du contrat (qui correspond à la date d'émission du certificat d'adhésion).

Le courrier de renonciation devra être envoyé à ALPTIS ASSURANCES, 33 cours Albert Thomas - 69445 LYON CEDEX 03, en recommandé avec accusé de réception (cf. modèle de lettre ci-après).

En cas de renonciation :

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

Modèle de lettre de renonciation :

"Je soussigné (Nom et prénom de l'adhérent), demeurant à ai l'honneur de vous informer que je renonce à mon adhésion au contrat (Nom et N° de contrat) que j'ai signé le (Date).

(Si des cotisations ont été perçues) Je vous prie de me rembourser les cotisations versées.

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

A Le

Signature

PRISE D'EFFET DES GARANTIES - DÉLAIS D'ATTENTE

Le droit aux prestations est acquis à la date de prise d'effet de l'adhésion, sauf application de délais d'attente.

- Pour ANGEVA SENIORS Plus 1, 2 : pas de délai d'attente.
 - Pour ANGEVA SENIORS Plus 3 et 4, délais d'attente de :
 - 6 mois pour l'optique et le dentaire.
 - 3 mois pour les autres postes du descriptif des prestations (pas de délai d'attente pour les soins et l'hospitalisation consécutifs à un accident ou à une maladie infectieuse survenue après l'adhésion sur présentation de justificatifs) ;
- Pendant ces périodes, les remboursements sont effectués sur la base d'ANGEVA SENIORS Plus 2.

Les délais d'attente peuvent être abrogés dans les cas suivants :

- pour les assurés bénéficiant de garanties équivalentes et de même niveau de garantie à la date d'adhésion (interruption de 60 jours au maximum à compter de la date de radiation), sur présentation de la copie du certificat de radiation et du descriptif des prestations du précédent contrat. A défaut de présentation de justificatifs, seule une abrogation partielle pourra s'appliquer ;
- pour les membres des professions libérales si l'adhésion intervient dans les 6 mois suivant leur inscription au régime d'assurance vieillesse ;
- pour les commerçants ou artisans si l'adhésion intervient dans les 6 mois suivant leur inscription au registre du commerce ou des métiers ;
- pour l'affiliation d'un ayant droit postérieurement à l'adhérent, les délais d'attente sont supprimés en cas de mariage ou de naissance, si l'affiliation est demandée dans un délai de 2 mois suivant l'événement.

MODIFICATION DE GARANTIE

Après un an d'adhésion à la garantie, l'adhérent pourra demander la modification de sa garantie (en optant pour un niveau inférieur ou supérieur) pour un effet au 1^{er} janvier ou 1^{er} juillet suivant la demande. Les limites d'âge d'accès aux garanties doivent aussi être respectées lors de la modification de la garantie. Les plafonds dentaires de première et deuxième année sont applicables en cas d'augmentation de garantie. Toute modification de garantie implique la suppression des reports acquis antérieurement pour les postes dentaire et optique.

DURÉE DE L'ADHÉSION

Sauf en cas de déclarations inexactes faites à l'adhésion ou de perte de la qualité d'assuré social affilié à un régime de base et sous réserve du paiement des cotisations, la garantie acquise est viagère. En cours de contrat, aucun assuré ne peut être exclu de la garantie, ni voir sa cotisation majorée en raison d'une dégradation de son état de santé. L'adhésion s'entend pour la durée de l'année civile en cours, puis se renouvelle annuellement par tacite reconduction.

GARANTIES

RISQUES COUVERTS

Les prestations garanties sont complémentaires aux prestations en nature des assurances maladie et maternité du régime de base de l'assuré et leur attribution est subordonnée à la déclaration et à la prise en charge par cet organisme des frais engagés (sauf mention explicite dans le descriptif des prestations). Les prestations accordées par l'organisme assureur visent au remboursement des dépenses pour les types d'actes ci-après énumérés, sous réserve des exclusions figurant à l'article "Risques exclus". Sont couverts les frais médicaux et l'hospitalisation résultant d'un accident, d'une maladie et de la maternité.

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

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

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

FONCTIONNEMENT DES MONTANTS EXPRIMÉS EN EUROS

Les montants exprimés en euros sont alloués par année d'adhésion (c'est-à-dire par période de 12 mois successifs, à partir de la date d'effet de la garantie). Dans le cadre des prothèses dentaires et de l'orthodontie remboursées par le régime de base, le montant exprimé en euros intervient en complément du remboursement exprimé en pourcentage du BRSS. Les remboursements des prothèses dentaires et de l'orthodontie sont plafonnés, par assuré, au cours des deux premières années d'adhésion.

REPORT DES MONTANTS EXPRIMÉS EN EUROS NON UTILISÉS POUR LES POSTES DENTAIRE ET OPTIQUE

Si le montant exprimé en euros n'a pas été utilisé au cours d'une année (dentaire : pas de consommation dentaire ou consommation totalement prise en charge au titre du pourcentage de la BRSS - optique : pas de consommation optique), calculée à partir de la date d'effet de la garantie de l'assuré, 25 % de ce montant s'ajoute au montant de l'année suivante, dans la limite de 4 années, soit au maximum deux fois la valeur initiale du montant de base.

BONUS FIDÉLITÉ HOSPITALISATION

A partir de la 3^{ème} année d'adhésion, l'assuré bénéficie des prestations séjour du conjoint accompagnant et frais annexes. Le nombre d'année est calculé à partir de la date d'effet de la garantie de l'assuré. Toute modification de garantie annule le nombre d'années d'adhésion écoulées avant la modification.

VERRES PROGRESSIFS

Ce montant est versé en supplément des autres prestations du poste optique sur présentation de la prescription de l'ophtalmologiste et de la facture détaillée de l'opticien.

MÉDECINES NATURELLES

Les actes, non pris en charge par le régime de base, d'ostéopathes, étioopathes, pédicures, podologues, acupuncteurs, chiropracteurs et diététiciens sont pris en charge dans la limite de 5 séances par année d'adhésion (c'est-à-dire par période de 12 mois successifs à compter de la date d'effet de la garantie) par assuré selon le montant prévu, toutes spécialités confondues. Ces actes doivent avoir été réalisés par des praticiens diplômés d'un établissement de formation agréé par le Ministère de la Santé (ce praticien doit être un médecin lorsqu'il s'agit de séances d'acupuncture).

HOSPITALISATION MÉDICALE, CHIRURGICALE, À DOMICILE, ÉTABLISSEMENTS SPÉCIALISÉS

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

- les établissements de médecine, chirurgie, obstétrique,
- les établissements spécialisés :
 - les établissements psychiatriques,
 - les établissements de soins de suite,
 - les établissements de réadaptation.

Pour pouvoir être indemnisé, le séjour doit donner lieu en outre à facturation du forfait journalier (sauf dans le cas de l'hospitalisation à domicile). Pour le forfait journalier, le nombre de jours indemnisés est limité à 90 jours par an.

Pour la chambre particulière, le nombre de jours indemnisés est limité à 30 jours par an sur le niveau 1, à 45 jours par an sur le niveau 2, à 60 jours par an sur le niveau 3 et à 90 jours par an sur le niveau 4.

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

PRISE EN CHARGE EN CAS D'HOSPITALISATION

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

ÉTENDUE TERRITORIALE DES GARANTIES

Les garanties sont accordées en France métropolitaine, dans les DOM et dans le monde entier lors de séjours n'excédant pas deux mois. Toutefois, l'indemnisation des soins effectués à l'étranger est subordonnée à la prise en charge par le régime de base en France. Le niveau des remboursements est défini dans le poste "Soins et prestations inopinés à l'étranger" du descriptif de prestations. Les règlements sont effectués en France et en euros.

RISQUES EXCLUS

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

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

RISQUES EXCLUS (suite)

De plus, ne sont pas pris en charge :

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

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

I. la participation forfaitaire instaurée par l'article L. 322-2 du code de la Sécurité sociale ;

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

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

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

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

LIMITE DES PRESTATIONS

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

COTISATIONS

DÉPARTEMENT DE RÉSIDENCE

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

PAIEMENT DES COTISATIONS

Les cotisations sont payables d'avance annuellement.

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

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

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

CESSATION DES GARANTIES

Les garanties cessent dans les cas suivants :

- dès que l'assuré ne remplit plus les conditions pour être garanti ;
- en cas de résiliation par l'adhérent à l'échéance annuelle au 31 décembre, par lettre recommandée, avec un préavis de 2 mois (avant le premier novembre) ; les cotisations restent dues pour la totalité de l'exercice (jusqu'au 31 décembre) ;
- en cas de non paiement des cotisations : à défaut du paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation dans les 10 jours de son échéance, ALPTIS ASSURANCES adressera à l'adhérent par lettre recommandée, une mise en demeure pouvant entraîner la résiliation dans les conditions prévues à l'article L. 113-3 du code des assurances. Les cotisations sont dues jusqu'à la fin de l'exercice en cours. Les garanties cessent à la date d'effet de la résiliation.

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

DEMANDES DE REMBOURSEMENTS

ALPTIS ASSURANCES pratique la télétransmission informatique des décomptes de prestations du régime de base. Ceci permet d'éviter l'envoi des décomptes papiers (sous réserve de la présence sur le décompte de la mention "copie transmise pour information à votre organisme complémentaire"). Cette liaison est réalisée à réception des attestations délivrées avec la carte Vitale de tous les assurés inscrits.

Les assurés sociaux pour lesquels la télétransmission n'est pas opérationnelle doivent envoyer à ALPTIS ASSURANCES les décomptes originaux des prestations délivrés par le régime de base pour obtenir le règlement des prestations.

En outre, pour obtenir le règlement des prestations des montants exprimés en euros (cures thermales, optique...), l'assuré doit envoyer à ALPTIS ASSURANCES les notes d'honoraires ou factures acquittées justifiant les dépenses réelles.

Dans tous les cas, l'assureur peut subordonner le service des prestations à la communication préalable par l'assuré d'informations ou justificatifs complémentaires. Le refus de communiquer les éléments demandés peut entraîner la perte de tous droits aux prestations.

Les demandes de remboursements doivent être présentées dans un délai maximum de 6 mois suivant la date de cessation des soins, sous peine de déchéance. La date des soins prise en compte est celle retenue par le régime de base sur le décompte.

VARIATIONS DES COTISATIONS ET DES GARANTIES

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

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

CHANGEMENT DE LA SITUATION DE L'ASSURÉ

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

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

DISPOSITIONS DIVERSES

DROIT DE COMMUNICATION ET DE RECTIFICATION

Loi 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée

Les informations personnelles recueillies dans le cadre du contrat font l'objet d'un traitement automatisé principalement pour les finalités suivantes : gestion de la relation, prospection, animations commerciales. Ces informations pourront être utilisées par l'organisme assureur pour études statistiques, prévention de la fraude ou obligations légales. Conformément à la loi 78-17 du 06 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, de mise à jour et d'opposition, notamment pour une utilisation à des fins de prospection commerciale, aux informations vous concernant. Vous pouvez exercer ces droits en adressant un courrier indiquant le numéro de contrat et le numéro d'adhérent à l'adresse suivante : ALPTIS ASSURANCES - 33, cours Albert Thomas - 69445 LYON CEDEX 03.

AUTORITÉ CHARGÉE DU CONTRÔLE

L'autorité chargée du contrôle de l'organisme assureur et d'ALPTIS ASSURANCES est l'Autorité de Contrôle des Assurances et des Mutuelles (ACAM) - 61, rue Taitbout - 75009 PARIS.

DÉLAI DE PRESCRIPTION

Toute action dérivant du présent contrat se prescrit dans un délai de 2 ans à compter de l'événement qui lui donne naissance conformément aux articles L. 114-1 et L. 114-2 du code des assurances.

La prescription peut être interrompue par :

- une citation en justice, une saisie ou un commandement,
- la désignation d'experts à la suite d'un sinistre,
- l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception concernant le paiement de la cotisation ou d'un sinistre.

SANCTION EN CAS DE FAUSSE DÉCLARATION

Les déclarations faites par l'adhérent pour lui-même et les autres assurés servent de base à l'adhésion. **En cas de réticence, omission ou déclaration fautive ou inexacte intentionnelle ou non lors de l'adhésion ou lors de la déclaration de sinistre, seront appliquées selon les cas, les dispositions des articles L. 113-8 (nullité du contrat), L. 113-9 (réduction des indemnités) et L. 132-26 du code des assurances.**

SUBROGATION

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

EXAMEN DES RÉCLAMATIONS - MÉDIATION

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

LEXIQUE

ADHÉRENT

Personne membre de l'Association et qui adhère à la présente convention de groupe. Un enfant mineur sans activité professionnelle ne peut être adhérent.

ASSURÉS

L'adhérent et éventuellement ses ayants droit inscrits : son conjoint et leurs enfants (âgés de moins de 28 ans), affiliés à un régime de base, et mentionnés dans le certificat d'adhésion.

BASE DE REMBOURSEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE (BRSS)

Tarif sur lequel sont calculés les remboursements effectués par la Sécurité sociale française, ce tarif peut varier selon que le praticien est conventionné ou non conventionné.

CERTIFICAT D'ADHÉSION

C'est le document envoyé à l'adhérent après acceptation de sa demande d'adhésion. Il reprend les conditions d'admission et les garanties souscrites.

COUPLE-CONJOINT

Toutes personnes mariées ou ayant conclu un PACS ou vivant en concubinage.

DÉLAI D'ATTENTE

Il s'agit de la période pendant laquelle les garanties ne s'appliquent pas ou ne s'appliquent que partiellement.

RÉGIME DE BASE

Régime légal de protection sociale français auquel est obligatoirement affilié l'assuré (Régime Général de la Sécurité sociale ; Régime des TNS ; Régime des exploitants agricoles : AMEXA ; Régime des salariés agricoles ; Régime des DOM ; Régime des étudiants ; Régime d'Alsace-Moselle ; Régime des fonctionnaires).