



Notice d'information

(Référence : Révoluo/03-2009)

L'ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

Relative au contrat collectif à adhésion facultative **REVOLUO**
n° 2502 et 2503

souscrit par :

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, « AGIS » ou « Association »,

auprès de :

CAMEIC, Société d'assurances mutuelle à cotisations variables - Entreprise régie par le Code des Assurances -
Siège social : 25 rue de Madrid-75008 Paris, ci-après désignée « Assureur »

La gestion des adhésions au contrat, par délégation de l'Assureur, est effectuée par :

Centre de gestion CERGAP - Société de gestion d'assurances - au capital de 40 000 € - RCS
Nantes 478 989 833 00023 - Etablissement du centre de gestion: 5 rue Jean Perrin - BP 7 - 28600 Luisant, ci-après
désigné, CERGAP

Le contrat **REVOLUO** a été négocié auprès de l'Assureur par **CAPI FINANCE** qui le commercialise à titre exclusif,
via son propre réseau commercial et un réseau d'intermédiaires d'assurances partenaires.

CAPI FINANCE

Sarl de courtage d'assurances et de réassurances au capital de 21.343 €
RCS Paris B 388 103 301 - N° ORIAS 07 001 983 - Siège social : 72 rue du rendez-vous, 75012 Paris

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

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

Art.3 - Qui peut adhérer au contrat ?

Pour adhérer au contrat, *vous* devez :

- être assujéti à un Régime Obligatoire, en tant qu'assuré social ou ayant-droit,
- être âgé de plus de 18 ans
- respecter l'âge limite d'adhésion précisé dans l'article 4.

Dispositions spécifiques au contrat n° 2503 (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

L'*adhérent*, et s'ils sont désignés sur le Certificat d'adhésion, son *conjoint*, et ses *enfants à charge*.

Les *assurés* doivent par ailleurs être affiliés auprès d'un Régime obligatoire en tant qu'assuré social ou ayant droit.

Age limite d'adhésion : 80 ans. Au-delà de 70 ans *vous* ne pourrez toutefois souscrire les formules REVOLUO 7 et 8.

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

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

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

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

L'adhésion est conclue par l'accord entre l'*adhérent* et l'assureur.

La date de *conclusion* est indiquée au certificat d'adhésion.

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

La *garantie* prend effet à compter de la date d'effet mentionnée sur le certificat d'adhésion à l'égard de chaque personne assurée, après expiration du *délai d'attente* éventuel.

Délais d'attente : Aucun, sauf disposition spécifique mentionnée sur le certificat d'adhésion.

Art.7 - Territorialité

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

Art.8 - Les exclusions et les limitations

8.1 - Les exclusions générales

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

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

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

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

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

8.3 - Les exclusions relatives aux hospitalisations et traitements suivants :

Nous ne garantissons pas :

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

8.4 - Limitations

- Les séjours de rééducation, convalescence, réadaptation fonctionnelle sont limités à 90 jours par an et par personne au total pour l'ensemble de ces séjours.
- Les séjours de psychiatrie sont limités à 30 jours par an et par personne.
- Pour les consultations de psychiatrie et neuropsychiatrie, la prise en charge de ces consultations à hauteur des *garanties* précisées dans le tableau des *garanties* pour la formule de *garantie* retenue est limitée à 6 par an et par *assuré*. Au-delà et dans le respect du parcours de soins coordonné uniquement, la prise en charge de ces consultations sera limitée à 30 % de la base de remboursement de la sécurité sociale.

Lexique

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

- **Adhérent** : La personne signant la demande d'adhésion, acquitte les cotisations et ainsi fait accéder aux *garanties* dudit contrat.
- **Assuré** : La (ou les) personne(s) garantie(s) par l'adhésion et désignée(s) 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 ou son (sa) concubin(e) notoire.
- **Enfant (...à charge)** : Il s'agit de votre ou de vos *enfants* fiscalement à votre charge, ou celle de votre *Conjoint*.
- A compter de 21 ans les *enfants* sont conservés sur le contrat des parents avec une cotisation Adulte.
- **Échéance principale** : 1^{er} janvier de chaque année.
- **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 pendant cette période.
- **Franchise** : Montant déduit des prestations dues à un *assuré* en contrepartie d'une réduction de la cotisation. Ce montant est apprécié par *année d'assurance*.
- **Année d'assurance** : Période s'écoulant entre deux dates d'échéance anniversaire de la date d'adhésion (ou de la date d'effet des *garanties* pour les *assurés* inscrits après la date d'effet de l'adhésion).
- **Conclusion (...de l'adhésion)** : L'adhésion est conclue par l'accord entre l'*adhérent* et l'assureur. La date de *conclusion* est indiquée au certificat d'adhésion.
- **Garantie** : Elle correspond aux prestations assurées dans le cadre de la formule retenue cumulées à celles du renfort éventuellement souscrit, qui forment un tout indissociable et constituent ainsi la *garantie*.
- **Nous** : Il s'agit de *nous* l'assureur.
- **Vous** : Il s'agit de *vous*, l'*adhérent* au contrat.

Préambule

Votre adhésion au contrat est :

- **régie par les dispositions** qui suivent dans le présent document. La loi applicable est la loi française, notamment par le Code des assurances. En accord avec l'Association 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 vos remboursements.
 - Le **certificat d'adhésion** qui précise notamment les différentes dispositions personnelles de votre adhésion, les personnes *assurées*, l'étendue et les modalités des *garanties* effectivement souscrites.
 - Le **tableau des garanties** qui précise les dépenses de santé garanties.

Art.1 - Objet du contrat

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

Art.2 - Nature des garanties du contrat

Garanties «contrat solidaire» :

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

Garanties «contrat responsable» :

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

- Par ailleurs, les frais d'hospitalisation pour le traitement des affections mentales ou psychiatriques seront limités pour chaque personne *assurée* à 90 jours pour toute la durée de vie de l'adhésion.
- Toutefois en cas de survenance d'un des événements mentionnés ci-dessus la *garantie* prendra en charge le remboursement des frais prévus à l'article R871-2 du Code de la Sécurité sociale à hauteur des limites minimales qui y sont précisées.

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

Art.9 - Vos déclarations

9.1 - A l'adhésion

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

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

9.2 - En cours d'adhésion

Vous 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.

Si les éléments modifiés constituent :

- une **aggravation de risque** (hors problème de santé), nous pourrions, soit dénoncer l'adhésion sous préavis de 10 jours, soit proposer une nouvelle cotisation. Si vous refusez nos nouvelles conditions de *garantie*, vous devrez nous en informer par lettre recommandée dès la réception de notre notification. Nous procéderons alors à la résiliation de votre adhésion moyennant préavis de 10 jours.
- une **diminution de risque**, nous pourrions diminuer la prime en conséquence. A défaut, vous pourrez demander la résiliation de votre adhésion moyennant un préavis de 30 jours.

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

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

9.3 - Les autres documents à nous transmettre

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

9.4 - Validité de vos déclarations

Vos déclarations et communications servent de base à l'application de votre adhésion et de la *garantie*, et n'ont d'effet que si elles sont parvenues à CERGAP 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 CERGAP (ou nous) en erreur sur les causes, circonstances, conséquences ou montant d'un sinistre entraîne la perte de tous droits à l'assurance.

Art.10 - Vos cotisations

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

En début d'adhésion :

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

- **Cotisation Enfant** : Gratuité à partir du 3ème enfant de moins de 20 ans

En cours d'adhésion :

En cours d'adhésion les cotisations évoluent lors de chaque renouvellement annuel de 2,5 % par an jusqu'à l'âge de 65 ans, et de 4 % à partir de 66 ans.

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

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

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

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

10.2 - La variation de vos cotisations

Lors de chaque *échéance principale* votre cotisation, en dehors de la variation prévue en fonction de l'âge des *assurés*, évoquée ci-dessus :

- évoluera en fonction du taux d'accroissement des dépenses de santé publié par la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des travailleurs salariés.
- pourra également varier en fonction de l'évolution de la consommation et des résultats techniques constatés sur l'ensemble des adhésions respectives du contrat.
- pourra évoluer immédiatement et automatiquement ou alors à l'*échéance principale* en cas de modification des conditions de remboursements et / ou des remboursements pris en charge par votre Régime Obligatoire et/ou en cas d'évolution des impôts et taxes établis sur votre cotisation postérieurement à votre adhésion.

10.3 - Le paiement de vos cotisations

Votre cotisation est annuelle et payable d'avance à CERGAP.

Les modalités convenues pour le paiement de la cotisation (périodicité et mode de règlement) sont mentionnées sur le certificat d'adhésion.

10.4 - Le non paiement de vos cotisations

A défaut de paiement de votre cotisation ou d'une fraction de celle ci dans les 10 jours suivants son échéance, CERGAP pourra, 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* seront alors suspendues à l'issue d'un délai de 30 jours après l'envoi de cette lettre, et votre adhésion résiliée 10 jours après l'expiration du délai précité de 30 jours.

Les coûts d'établissement et d'envoi de lettre de mise en demeure sont à votre charge ainsi que les frais de poursuite et de recouvrement dont la récupération est autorisée par la loi (art. L.113-3 du code des assurances).

Art.11 - La modification de vos garanties

Vous pourrez modifier vos *garanties* à chaque échéance annuelle sous réserve d'en effectuer la demande au moins deux mois avant cette date.

Art.12 - Quelles sont vos garanties ?

● VOTRE GARANTIE SANTÉ

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

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

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

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

- à la date des soins figurant sur le bordereau de remboursement du Régime Obligatoire (ou dans le fichier informatique communiqué par celui ci);
- aux dates de prescription, de proposition, d'exécution et de délivrance pour les frais et actes non pris en charge par le Régime Obligatoire. En tout état de cause, les dates de proposition, d'exécution et de délivrance doivent se situer dans la période de garantie.
- Nos remboursements viennent en complément de ceux de la Sécurité sociale (ou de tout autre organisme offrant des prestations similaires), et de ceux des éventuels organismes complémentaires auprès desquels les *assurés* pourraient être garantis.

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).

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

Cas particulier de la médecine complémentaire (Praticiens de santé non pris en charge par le RO : Ostéopathe et Chiropraticien) : Les actes non pris en charge par le régime de base et listés dans le tableau des *garanties* sont pris en charge dans la limite de 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.

Allocation naissance : Si elle est prévue pour la formule de garantie choisie, une allocation est versée en cas de naissance d'un enfant de l'*adhérent*, pour autant que son inscription en tant que nouvel assuré dans le cadre de l'adhésion, soit demandé au plus tard dans les trois mois suivant la date de naissance.

Bonus Optique : S'il est prévu pour la formule de *garantie* retenue et souscrite, lorsqu'aucun remboursement d'optique n'a été réalisé pour un *assuré* au cours d'une année assurance, une partie du forfait optique est reporté l'*année d'assurance* suivante dans les proportions précisées dans le tableau des *garanties*. Ce report ne se cumule pas d'année en année.

Bonus Fidélité : Sauf si vous avez renoncé à cette possibilité, le contrat **REVOLUO** prévoit une évolution de certaines des prestations assurées. Aussi, lorsque cette mention est précisée au regard de certaines des prestations assurées dans le cadre de la formule retenue, le niveau de notre participation à la prise en charge des dépenses de santé concernées évoluera chaque année, dès la deuxième *année d'assurance*, selon les modalités mentionnées. L'évolution cesse à la fin de la cinquième *année d'assurance*.

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.

● 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 CERGAP 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, CERGAP pourra demander à l'*adhérent* le remboursement des sommes exposées auprès des professionnels de santé consultés.

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

■ Les Services d'Assistance Santé :

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

Art.13 - Comment obtenir le règlement de vos prestations

• LES DOCUMENTS QUE VOUS DEVEZ TRANSMETTRE

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

- **Hospitalisation** : L'original du décompte du régime de base ou les originaux des factures acquittées de l'établissement hospitalier et les notes d'honoraires des chirurgiens présentant la cotation détaillée des actes.
- **La médecine courante, la pharmacie, les frais de transport, les prothèses et les appareillages (les prothèses auditives, les prothèses orthopédiques,...)** : L'original du décompte du régime de base.
- **Le dentaire** : L'original du décompte du régime de base. Pour les prothèses, l'orthodontie, et les frais non remboursés par le Régime Obligatoire l'original de la facture détaillée acquittée de tous les actes.
- **L'optique** : L'original du décompte du régime de base ou la facture détaillée acquittée établie par l'opticien.
- **Médecine complémentaire** : La note d'honoraires ou la facture détaillée justifiant la dépense réelle.
- **Allocation naissance** : une copie de l'acte de naissance ou une copie du livret de famille.

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

Les demandes de remboursements ou de prestations quelle que soit leur nature doivent parvenir à CERGAP dans un délai de deux ans suivant la date de cessation des soins, sous peine de déchéance. Ce délai est ramené à trois mois en cas de résiliation de l'adhésion.

• CONTRÔLE DES DÉPENSES - CONTRÔLE MÉDICAL

CERGAP et l'assureur se réservent la possibilité de demander aux assurés :

- tous renseignements ou documents dont ils jugeraient 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 CERGAP.
- de se faire examiner par un médecin de notre choix.

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

• ARBITRAGE

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

Chacune des parties désignera un médecin. Si les médecins ne sont pas d'accord, ils choisiront un 3e 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.

Art.14 - Résiliation

14.1 - L'adhésion peut être résiliée :

• PAR L'ADHÉRENT :

- A l'issue de la première année (12 mois complets d'assurance) moyennant un préavis de deux mois au moins, puis ensuite à chaque *échéance principale* fixée au 1er janvier moyennant un préavis de deux mois au moins.
IMPORTANT : reconduction tacite des contrats : conformément à l'article L113.15.1 du code des assurances, ce contrat n'est pas concerné par la loi 2005-67 du 28/01/2005 (dite Loi Chatel).
- En cas de disparition des circonstances aggravantes mentionnées dans le contrat, si l'Assureur refuse de réduire la prime en conséquence.
- Dans les trois mois suivant le changement de domicile, de situation matrimoniale, de régime matrimonial, de profession, la retraite professionnelle ou la cessation définitive d'activité professionnelle de l'adhérent, lorsque l'adhésion a pour objet la garantie de risques en relation DIRECTE avec la situation antérieure et qui ne se retrouvent pas dans la situation nouvelle. La résiliation prendra effet un mois après la réception de la demande de résiliation.

• DE PLEIN DROIT :

- En cas de retrait de l'agrément de l'Assureur.

• CONTRACTUELLEMENT :

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

14.2 - Les modalités de la résiliation

- La résiliation par l'adhérent doit être effectuée par courrier recommandé avec accusé de réception et adressée à Centre de gestion CERGAP - 5 rue Jean Perrin - BP 7 - 28600 Luisant.
- La résiliation par l'Assureur sera notifiée à l'adhérent par lettre recommandée à son dernier domicile connu.

14.3 - Les conséquences de la résiliation

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

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

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

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

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

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

14.4.2 - En cas d'exercice du droit à renonciation dans le cadre des articles L 112-2-1 du Code des assurances et L 121.20-8 du Code de la consommation (commercialisation à distance) :

En contrepartie de l'exécution immédiate et intégrale de l'adhésion avant l'expiration de ce délai de rétractation, la cotisation dont l'adhérent est redevable est égale au prorata de la cotisation annuelle pour la période écoulée entre la date d'effet prévue lors de la *conclusion de l'adhésion* et l'éventuelle date de réception de la rétractation.

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

Si des cotisations ont été perçues, CERGAP les remboursera, déduction faite de la cotisation au prorata de la période de garantie dans un délai de 30 jours.

Art.15 - Prescription

La prescription est l'extinction d'un droit après un délai prévu par la loi. Toutes actions dérivant du présent contrat sont prescrites dans les délais et termes des articles suivants du Code des assurances :

Article L114-1 :

Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

1° En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'assureur en a eu connaissance ;

2° En cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand l'action de l'assuré contre l'assureur a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'assuré ou a été indemnisé par ce dernier.

La prescription est portée à dix ans dans les contrats d'assurance sur la vie lorsque le bénéficiaire est une personne distincte du souscripteur et, dans les contrats d'assurance contre les accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'assuré décédé.

Pour les contrats d'assurance sur la vie, nonobstant les dispositions du 2°, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès de l'assuré.

Article L114-2 :

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre. L'interruption de la prescription de l'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.

Art.16 - Subrogation

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

Art.17 - Informatique et liberté

Conformément à l'article 32 de la loi du 06 janvier 1978 dite «informatique et libertés», modifiée par la loi n°2004-801 du 06 août 2004, nous vous informons que le responsable du traitement de vos données personnelles est CERGAP. 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 de Centre de gestion CERGAP - 5 rue Jean Perrin - BP 7 - 28600 Luisant.

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

- le traitement de votre dossier, dans le strict respect de la protection des données à caractère personnel,
- l'envoi de documents sur les produits proposés par CAPI FINANCE. Si vous souhaitez ne pas être sollicité, il vous suffit de nous le faire savoir par simple courrier à l'adresse précisée ci-dessus.

L'ensemble des réponses aux questions est obligatoire, le défaut de réponse aura pour conséquence le non examen de votre dossier.

Art.18 - Les réclamations - La médiation

Si vous rencontrez des difficultés liées à l'application du contrat, vous pouvez formuler une réclamation ou signifier votre désaccord, par courrier simple adressé à : Centre de gestion CERGAP – Service Clients - 5 rue Jean Perrin - BP 7 - 28600 Luisant.

Si un différend persistait après la réponse apportée, vous aurez la faculté de demander l'avis d'un médiateur indépendant. Les coordonnées du Médiateur seront communiquées sur simple demande au siège social de l'Assureur, CAMEIC- 11 bis rue de Portalis-75008 Paris.

Art.19 - Autorité de tutelle

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

Art.20 - Possibilité de renonciation

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

Cette renonciation doit être faite par lettre recommandée avec accusé de réception, envoyée à Centre de gestion CERGAP – Service Clients - 5 rue Jean Perrin - BP 7 - 28600 Luisant. Elle peut être formulée suivant le modèle de lettre ci-dessous.

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

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

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

«Toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, et qui signe dans ce cadre une proposition d'assurance ou un contrat à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée avec demande d'avis de réception pendant le délai de 14 jours calendaires révolus à compter du jour de la conclusion du contrat, sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités (...). Dès lors qu'il a connaissance d'un sinistre mettant en jeu la garantie du contrat, le souscripteur ne peut plus exercer ce droit à renonciation»

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

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

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

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

Modèle de lettre de renonciation :

Messieurs,

Je soussigné(e) (Nom et Prénom de l'adhérent), demeurant à (domicile principal), ai l'honneur de vous informer que je renonce à mon adhésion au contrat **REVOLUO** (numéro d'adhésion), que j'ai signé le (date).

(Si des cotisations ont été perçues) Je vous prie de me rembourser les cotisations versées, déduction faite de la cotisation imputable au prorata de la période de garantie.

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

A : (Indiquer le lieu)

Le : (Indiquez la date)

Signature de l'adhérent.