



[sans questionnaire médical]



100% SANTÉ

Notice d'information

Santé Frontaliers

PRÉAMBULE _____ 2

DESCRIPTIF
DES PRESTATIONS
ET DISPOSITIONS
SPÉCIFIQUES _____ 3

CONDITIONS
GÉNÉRALES _____ 9

Assistance Santé
des Frontaliers _____ 17

Protection
Juridique Santé
des Frontaliers _____ 25

SANTÉ®

FRONTALIERS

Réservé aux personnes affiliées au régime français d'assurance maladie.

LES BÉNÉFICIAIRES

Les personnes affiliées à un régime de base français, **âgées de moins de 70 ans** résidant dans l'un des départements suivants : **01, 25, 38, 39, 67, 68, 73, 74, 90.**

Il a été conclu un contrat d'assurance de groupe à adhésion facultative à effet du 1^{er} avril 2015, de durée annuelle à tacite reconduction n° 2004 D entre :

- d'une part, l'association Alptis Frontaliers dont le siège social est situé 25, cours Albert Thomas - 69445 LYON CEDEX 03, association régie par la loi de 1901,
- et d'autre part CNP Assurances, Société Anonyme avec conseil d'administration au capital de 686 618 477 euros entièrement libéré, entreprise régie par le Code des assurances, dont le siège social est situé 4, place Raoul Dautry - 75015 PARIS, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Paris sous le numéro 341 737 062.

La distribution et la gestion de ce contrat sont déléguées à Alptis Assurances, société de gestion et de courtage dont le siège social est situé 25, cours Albert Thomas - 69445 LYON CEDEX 03.

Le contrat n° 2004 D est "solidaire" (absence de questionnaire de santé à l'adhésion) et est soumis aux dispositions de l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale relatif aux "contrats responsables".

Ce contrat est ouvert aux membres de l'association Alptis Frontaliers. La garantie choisie est précisée sur votre certificat d'adhésion.

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.

Santé Frontaliers

DESCRIPTIF DES PRESTATIONS

Réservé aux affiliés au régime français d'assurance maladie

Les remboursements exprimés en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité Sociale (BRSS*) incluent la prise en charge du régime de base. Les montants exprimés en euros interviennent en complément de l'éventuelle part du régime de base.

Les forfaits intégrant une limite annuelle s'appliquent par bénéficiaire et par année d'adhésion, soit par période de 12 (douze) mois successifs à compter de la date d'effet de la garantie. Les forfaits utilisés pour des prestations identiques en France et en Suisse ne sont pas cumulables.

Toutefois :

- pour l'équipement optique les prestations sont allouées par période de 2 (deux) ans à compter de la date d'acquisition de l'équipement optique, sauf dérogations prévues dans les Dispositions spécifiques.
- pour les aides auditives, à compter du 01.01.2021, les prestations sont limitées à un équipement tous les 4 (quatre) ans par oreille à compter de la date d'acquisition de l'aide auditive.

Les remboursements ne peuvent dépasser les frais restants à la charge du bénéficiaire des prestations.

Pour les soins délivrés en Suisse, où la notion de dispositif de pratique tarifaire maîtrisée n'existe pas, les prestations seront celles appliquées aux praticiens non adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée.

Les garanties du présent contrat s'inscrivent dans le cadre du dispositif législatif des contrats d'assurances visés à l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale dits "contrats responsables". De ce fait, le remboursement minimum ne pourra être inférieur au ticket modérateur pour les actes visés par l'article R. 871-2 du Code de la Sécurité sociale.

ACTES ET SOINS RÉALISÉS EN FRANCE	Frontaliers 100	Frontaliers 125	Frontaliers 150	Frontaliers 200	Frontaliers 300
HOSPITALISATION médicale, chirurgicale, à domicile, maternité, établissements et unités spécialisés					
Frais de séjour - en secteur conventionné - en secteur non conventionné	Frais Réels 100 % BRSS	Frais Réels 125 % BRSS	Frais Réels 150 % BRSS	Frais Réels 200 % BRSS	Frais Réels 300 % BRSS
Honoraires en secteur conventionné ou non conventionné - Praticiens adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée - Praticiens non adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée	125 % BRSS 100 % BRSS	150 % BRSS 125 % BRSS	175 % BRSS 150 % BRSS	225 % BRSS 200 % BRSS	300 % BRSS 200 % BRSS
Chambre particulière en secteur conventionné ou non conventionné (par jour) (1)	-	30 €	45 €	60 €	75 €
Forfait journalier hospitalier	Frais Réels				
Séjour accompagnant enfant de moins de 16 ans (par jour), limitée à 30 jours par an	-	15 €	20 €	30 €	40 €
Forfait naissance ou adoption	-	125 €	150 €	200 €	300 €
SOINS COURANTS					
Honoraires médicaux (pris en charge par le régime de base) Consultations et visites, actes techniques médicaux, actes d'obstétrique, actes d'anesthésie, actes de chirurgie, actes d'imagerie et d'échographie - Praticiens adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée - Praticiens non adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée	125 % BRSS 100 % BRSS	150 % BRSS 125 % BRSS	175 % BRSS 150 % BRSS	225 % BRSS 200 % BRSS	300 % BRSS 200 % BRSS
Honoraires paramédicaux (pris en charge par le régime de base)	100 % BRSS	125 % BRSS	150 % BRSS	200 % BRSS	300 % BRSS
Transport (pris en charge par le régime de base)	100 % BRSS	125 % BRSS	150 % BRSS	200 % BRSS	300 % BRSS
Analyses et examens de laboratoire (pris en charge par le régime de base)	100 % BRSS	125 % BRSS	150 % BRSS	200 % BRSS	300 % BRSS
Médecine complémentaire non prise en charge par le régime de base (par année d'adhésion)	-	150 €	200 €	250 €	300 €
Médicaments - Médicaments pris en charge à 65 % ou 30 % par le régime de base - Médicaments pris en charge à 15 % par le régime de base	100 % BRSS -	100 % BRSS 100 % BRSS			
Prévention - Acte de prévention (pris en charge par le régime de base) (2) - Vaccins anti-grippe	100 % BRSS Frais Réels	125 % BRSS Frais Réels	150 % BRSS Frais Réels	200 % BRSS Frais Réels	300 % BRSS Frais Réels
Cures thermales - Honoraires - Frais de transports et d'hébergement, forfait thermal et soins (par année d'adhésion)	100 % BRSS 100 % BRSS	100 % BRSS 125 €	100 % BRSS 150 €	100 % BRSS 200 €	100 % BRSS 300 €
Matériel Médical (pris en charge par le régime de base) (3)	100 % BRSS	125 % BRSS	150 % BRSS	200 % BRSS	300 % BRSS
AIDES AUDITIVES (dans la limite d'un équipement par oreille tous les 4 ans à compter du 01/01/2021) (4)					
Equipement du panier 100 % Santé à partir du 01/01/2021 (5) Prothèses auditives : Aide auditive de Classe I	Frais Réels				
Prestations hors équipement du panier 100 % Santé - Prothèses auditives : Aide auditive de Classe I jusqu'au 31/12/2020 et Aide auditive de Classe II - Autres prestations liées aux aides auditives (piles...)	100 % BRSS 100 % BRSS	125 % BRSS 125 % BRSS	150 % BRSS 150 % BRSS	200 % BRSS 200 % BRSS	300 % BRSS 300 % BRSS
DENTAIRE					
Soins et prothèses du panier 100 % Santé (6)	Frais Réels				

Santé Frontaliers

ACTES ET SOINS RÉALISÉS EN FRANCE (suite)	Frontaliers 100	Frontaliers 125	Frontaliers 150	Frontaliers 200	Frontaliers 300
DENTAIRE (suite)					
Prestations hors soins et prothèses du panier 100 % Santé					
Soins (dont inlays, onlays, scellement des sillons)	100 % BRSS	125 % BRSS	150 % BRSS	200 % BRSS	300 % BRSS
Prothèses et orthodontie (prises en charge par le régime de base)	100 % BRSS	125 % BRSS	150 % BRSS	200 % BRSS	300 % BRSS
Supplément prothèses et orthodontie prises en charge ou non par le régime de base, parodontie non prise en charge par le régime de base (par année d'adhésion)	100 €	250 €	350 €	450 €	550 €
	Report de 25 % du montant de base en € l'année suivante s'il n'est pas utilisé, plafonné à 4 ans				
Implantologie non prise en charge par le régime de base (par année d'adhésion)	100 €	250 €	350 €	450 €	550 €
Plafond de remboursement par bénéficiaire par année d'adhésion, hors soins					
- 1 ^{ère} année d'adhésion	-	450 €	550 €	650 €	800 €
- 2 ^{ème} année d'adhésion	-	900 €	1 100 €	1 300 €	1 600 €
- 3 ^{ème} année d'adhésion et suivantes	-	1 350 €	1 650 €	1 950 €	2 400 €
OPTIQUE					
Équipement (1 monture + 2 verres) de classe A, B ou mixtes (7) dans la limite d'un équipement tous les 2 ans, sauf pour les enfants de moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue (tous les ans)					
Équipement du panier 100 % Santé Verres et Montures de Classe A (8) (9) Suppléments et prestations	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels
Prestations hors équipement du panier 100 % Santé : Verres et montures de Classe B (10)					
Équipement à Verres simples (11)	125 €	225 €	325 €	420 €	420 €
Équipement à Verres complexes (12) et/ou Verres très complexes (13)	200 €	325 €	475 €	625 €	700 €
Équipement à Verres simples et un Verre complexe ou Verre très complexe	165 €	275 €	400 €	525 €	560 €
Suppléments et prestations	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS
Lentilles prescrites prises en charge ou non par le régime de base, y compris lentilles jetables (par année d'adhésion et par bénéficiaire)	50 €	100 €	125 €	175 €	200 €
Chirurgie réfractive (remboursement par œil, dans la limite de 2 actes par année d'adhésion) (14)	200 €	350 €	500 €	650 €	800 €

ACTES ET SOINS RÉALISÉS EN SUISSE	Frontaliers 100	Frontaliers 125	Frontaliers 150	Frontaliers 200	Frontaliers 300
ACTES ET SOINS RÉALISÉS EN SUISSE NON REMBOURSÉS PAR LE RÉGIME DE BASE FRANÇAIS DE SÉCURITÉ SOCIALE					
SOINS COURANTS					
Honoraires médicaux					
- Consultations et visites (par séance, dans la limite de 5 séances par année d'adhésion)	-	30 €	40 €	50 €	60 €
- Actes techniques médicaux, actes d'imagerie et d'échographie	-	50 % BRSS	60 % BRSS	70 % BRSS	100 % BRSS
Honoraires paramédicaux	-	50 % BRSS	60 % BRSS	70 % BRSS	100 % BRSS
Analyses et examens de laboratoire	-	50 % BRSS	60 % BRSS	70 % BRSS	100 % BRSS
Transport	-	50 % BRSS	60 % BRSS	70 % BRSS	100 % BRSS
Médicaments (par année d'adhésion)					
Médicaments prescrits achetés en Suisse (hors parapharmacie)	-	50 €	60 €	70 €	80 €
Médecine complémentaire non prise en charge par le régime de base (par année d'adhésion)	-	150 €	200 €	250 €	300 €
DENTAIRE					
Soins (dont inlays, onlays, scellement sillons)	100 % BRSS	125 % BRSS	150 % BRSS	200 % BRSS	300 % BRSS
OPTIQUE					
Équipement (1 monture + 2 verres) dans la limite d'un équipement tous les 2 ans, sauf pour les enfants de moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue (tous les ans)					
Équipement à Verres simples (11)	125 €	225 €	325 €	420 €	420 €
Équipement à Verres complexes (12) et/ou Verres très complexes (13)	200 €	325 €	475 €	625 €	700 €
Équipement à Verres simples et un Verre complexe ou Verre très complexe	165 €	275 €	400 €	525 €	560 €
Suppléments et prestations	100 % BRSS				
Lentilles prescrites prises en charge ou non par le régime de base, y compris lentilles jetables (par année d'adhésion)	50 €	100 €	125 €	175 €	200 €
Chirurgie réfractive (remboursement par œil, dans la limite de 2 actes par année d'adhésion) (14)	200 €	350 €	500 €	650 €	800 €

Santé Frontaliers

ACTES ET SOINS RÉALISÉS EN SUISSE REMBOURSÉS PAR LE RÉGIME DE BASE FRANÇAIS DE SÉCURITÉ SOCIALE

SOINS COURANTS					
Soins inopinés en Suisse (pris en charge par le régime de base français) Soins et hospitalisation en division commune	100 % BRSS	125 % BRSS	150 % BRSS	200 % BRSS	300 % BRSS
Soins en marge du travail (pris en charge par le régime de base français) (15) Soins ambulatoires ou courants non urgents, hors hospitalisation	100 % BRSS	125 % BRSS	150 % BRSS	200 % BRSS	300 % BRSS

DANS TOUS LES CAS	Frontaliers 100	Frontaliers 125	Frontaliers 150	Frontaliers 200	Frontaliers 300
SOINS ET PRESTATIONS INOPINÉS À L'ÉTRANGER (hors France et Suisse)					
Soins et hospitalisation pris ne charge par le régime de base	100 % BRSS	125 % BRSS	150 % BRSS	200 % BRSS	300 % BRSS
SERVICES					
Tiers payant	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Alptis Assistance (se reporter à la notice ASF)	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Protection Juridique Santé (offerte par l'association Alptis Frontaliers à ses adhérents - se reporter à la Notice PJSF)	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Exonération des cotisations en cas de décès accidentel (se reporter à la notice ASF)	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Rapatriement décès (se reporter à la notice ASF)	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Participation aux actions de prévention santé**	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui

- *BRSS (Base de Remboursement Sécurité Sociale)** : tarif sur lequel sont calculés les remboursements effectués par le régime de base.
Ce tarif peut varier selon que le praticien est conventionné ou non conventionné.
- **** Ces actions de prévention vous sont proposées grâce aux cotisations d'association. Découvrez toute l'action associative sur www.alptis.org/agir-ensemble.
- Durée illimitée en cas d'hospitalisation médicale, chirurgicale ou maternité et **limitée à 90 jours par an et par bénéficiaire en établissements ou unités de soins spécialisés.**
 - Tels que définis par la liste fixée par l'arrêté du 8 juin 2006.
 - Dispositifs médicaux au sens de l'article L. 5211-1 du Code de la Santé publique, et les produits et prestations inscrits à la liste prévue à l'article L. 165-1 du Code de la Sécurité sociale.
 - La prise en charge de l'aide auditive est limitée au prix limite de vente pour une aide auditive de classe I, ou à compter du 01.01.2021 à 1 700 € pour une aide auditive de classe II.**
 - Tels que définis règlementairement. Cette garantie comprend la prise en charge des aides auditives de classe I à prise en charge renforcée telles que définies par l'article L. 165-1 du Code de la Sécurité sociale, dans la limite des prix limites de vente (PLV) en application de l'article L. 165-3 du Code de la Sécurité sociale, et sous déduction de la prise en charge du régime de base.
 - Tels que définis règlementairement. Cette garantie comprend la prise en charge des prestations dentaires définis par arrêté des Ministres chargés de la Santé et de la Sécurité sociale dans la limite des honoraires de facturation fixés par la convention tels que prévue à l'article L. 162-9 du Code de la Sécurité sociale (Prix Limite de Vente), ou en l'absence de convention applicable, par le règlement arbitral prévu à l'article L. 162-14-2 du Code la Sécurité sociale, et sous déduction de la prise en charge du régime de base.
 - Équipement composé de verres et d'une monture appartenant à des classes différentes (classe A et classe B).
 - Tels que définis règlementairement. Cette garantie comprend la prise en charge des équipements de classe A à prise en charge renforcée telles que définies par l'article L. 165-1 du Code de la Sécurité sociale, dans la limite des prix limites de vente (PLV) en application de l'article L. 165-3 du Code de la Sécurité sociale, et sous déduction de la prise en charge du régime de base.
 - Prix limite de vente de la monture en classe A : 30 €.**
 - La prise en charge de la monture de classe B au sein de l'équipement sera au maximum de 100 €.**
 - Verres unifocaux dont la sphère est comprise entre -6 ou +6 ou dont la sphère est comprise entre -6 et 0 et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4 ou dont la sphère est positive et dont la somme sphère + cylindre est inférieure ou égale à +6.
 - Verres unifocaux dont la sphère est hors zone de -6 à +6 ou dont la sphère est comprise entre -6 et 0 et dont le cylindre est supérieur à +4 ou dont la somme sphère + cylindre est supérieure à +6, verres unifocaux dont la sphère est inférieure à -6 et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 ; verres multifocaux ou progressifs dont la sphère est comprise entre -4 et +4 ; verres multifocaux ou progressifs dont la sphère est comprise entre -8 et 0, et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4 ; verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme sphère + cylindre est inférieure ou égale à +8.
 - Verres multifocaux ou progressifs dont la sphère est hors zone de -4 à +4 ; verres multifocaux ou progressifs dont la sphère est comprise entre -8 et 0 et dont le cylindre est supérieur à +4 ; verres multifocaux ou progressifs dont la sphère est inférieure à -8 et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 ; verres multifocaux ou progressifs dont la sphère est positive et dont la somme sphère + cylindre est supérieure à +8.
 - La consommation d'un équipement optique ou de lentilles dans l'année d'adhésion exclut tout remboursement au titre de la chirurgie réfractive.**
 - Cette garantie ne s'applique pas aux ayants droit de l'assuré principal. L'assuré principal doit justifier de l'exercice de son activité professionnelle en Suisse.

Retrouvez toutes les informations complémentaires sur votre espace adhérent.

DISPOSITIONS SPÉCIFIQUES

LES PRÉSENTES DISPOSITIONS SPÉCIFIQUES PRÉVALENT SUR LES CONDITIONS GÉNÉRALES.

1• CONDITIONS D'ADHÉSION PARTICULIÈRES, OUTRE CELLES PRÉVUES AUX CONDITIONS GÉNÉRALES

Limites d'âge

L'adhérent et ses ayants droits doivent être âgés de **moins de 70 ans (70 ans exclu)** au jour de l'adhésion.

Conditions liées au statut frontalier

Il est précisé que pour bénéficier des garanties au titre du présent contrat et **par dérogation aux précisions figurant au sein des conditions générales (§ Conditions d'adhésion), l'adhérent doit résider dans l'un des départements suivants : 01, 25, 39, 68, 74, 90, 38, 67 et 73.**

Alsace-Moselle

Pour les bénéficiaires affiliés au régime Alsace-Moselle, la souscription n'est possible que pour les niveaux FRONTALIERS 125, 150, 200 et 300.

2• MODALITÉS D'ÉVOLUTION DE LA COTISATION EN FONCTION DE L'ÂGE

Outre les évolutions prévues au sein des conditions générales, la cotisation évolue contractuellement au 1^{er} janvier de chaque année en fonction de l'âge successivement atteint. Il n'y a pas d'évolution de cotisation entre 0 et 18 ans. Au 1^{er} janvier de l'année de ses 19 ans, l'enfant se verra appliquer une cotisation adulte.

3• MODALITÉS PARTICULIÈRES POUR LES SOINS RÉALISÉS EN SUISSE

Pour les soins réalisés en Suisse, pris en charge sur la base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS)

Le remboursement s'effectue selon les modalités prévues par la législation française sur la base de remboursement de la Sécurité sociale (au même tarif que les soins réalisés en France).

Pour les soins réalisés en Suisse selon les bases des tarifs suisses de la LAMal

Le remboursement est subordonné à la prise en charge par le régime de base français.

La participation aux coûts* retenue par le régime LAMal non prise en charge par le régime de base français n'est pas remboursée au titre du présent contrat.

**A titre indicatif, à la date du 1^{er} avril 2019 cette participation aux coûts (ou participation hospitalière) s'élève pour les adultes à 92 CHF pour les soins et 15 CHF par jour d'hospitalisation. Ces montants sont susceptibles d'être actualisés dans le temps.*

Pour les soins réalisés en Suisse, non pris en charge par le régime de base français

L'assuré doit faire parvenir à Alptis Assurances la facture accompagnée du détail des soins, de la prescription médicale et du reçu du paiement. Le taux de change retenu est celui publié par la BCE (Banque Centrale Européenne) correspondant à la date de paiement des prestations.

4• MODALITÉS D'APPLICATION DES FORFAITS (montants exprimés en euros)

Les forfaits utilisés en France et en Suisse concernant les garanties suivantes : médecines complémentaires, équipement optiques (monture + verres), lentilles et chirurgie réfractive ne sont pas cumulables.

5• EXTENSION TERRITORIALE

Outre l'étendue territoriale des garanties définie au sein des conditions générales, celles-ci sont accordées en Suisse selon les modalités précisées ci-dessus (cf § Modalités particulières pour les soins réalisés en Suisse).

6• GARANTIES

6•1 HOSPITALISATION MÉDICALE, CHIRURGICALE, MATERNITÉ, À DOMICILE, ÉTABLISSEMENTS ET UNITÉS SPÉCIALISÉS

Le forfait journalier hospitalier, mentionné dans le descriptif des prestations se trouvant dans votre certificat d'adhésion, correspond au forfait journalier prévu à l'article L. 174-4 du Code de la Sécurité sociale et fixé par arrêté.

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, maternité,
- les établissements et unités spécialisés :
 - psychiatriques,
 - soins de suites,
 - 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).

Les séjours en établissements et unités spécialisés sont pris en charge même s'ils ne font pas suite à une hospitalisation.

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

Ce contrat prend en charge la participation forfaitaire que le régime de base peut laisser à votre charge, si vous bénéficiez d'actes médicaux lourds dont le tarif est supérieur ou égal au plafond fixé par le Code de la Sécurité sociale par l'article R. 160-16.

Santé Frontaliers

6•2 CHAMBRE PARTICULIÈRE

Pour les hospitalisations médicales, chirurgicales et de maternité :

- le nombre de jours indemnisés est illimité.

Pour les établissements et unités spécialisés :

- **Le nombre de jours indemnisés est limité à 90 jours en Soins de suite.**

6•3 FORFAIT NAISSANCE OU ADOPTION

Le forfait est alloué sous réserve de l'inscription de l'enfant par l'adhérent dans un délai de 2 (deux) mois suivant la naissance ou l'adoption.

6•4 FONCTIONNEMENT DES MONTANTS EXPRIMÉS EN EUROS HORS ÉQUIPEMENTS OPTIQUES

Les montants exprimés en euros sont alloués par année d'adhésion et par bénéficiaire.

6•5 FONCTIONNEMENT DES PRESTATIONS DE L'ÉQUIPEMENT OPTIQUE (MONTURE + VERRES)

6•5•1 Précisions sur le fonctionnement des actes remboursés

Le descriptif de prestations distingue les équipements de la classe A relevant du panier 100 % Santé et les équipements de la classe B hors panier 100 % Santé.

Conformément à la réforme dite "100% Santé", les équipements appartenant à la classe A font l'objet d'une prise en charge renforcée par le régime de base. En conséquence, une fois le remboursement effectué par la Sécurité sociale et celui opéré au titre de votre contrat complémentaire dans la limite des Prix Limites de Vente, aucun reste à charge ne sera supporté par l'adhérent.

Les équipements de classe B bénéficieront d'une prise en charge intervenant dans la limite fixée par les textes relatifs aux "contrats responsables" et conformément au niveau de garanties souscrit. Ainsi, un éventuel reste à charge pourra être supporté par l'adhérent.

Les montants en euros des forfaits optiques du descriptif de prestations intègrent la prise en charge du régime de base.

Lorsque l'adhérent choisit une monture de classe B, la prise en charge de la monture au sein de l'équipement est limitée à 100 (cent) euros.

Cas particulier pour les équipements mixtes :

Les équipements mixtes sont composés d'une part, de verres, et d'autre part d'une monture, de classes différentes (classe A ou B).

Les montants hors panier 100 % Santé mentionnés au sein du descriptif de prestations s'appliquent également lorsque l'adhérent opte pour un équipement composé d'une monture et des verres appartenant à des classes différentes.

Dans ces hypothèses, l'élément de classe B sera remboursé conformément au niveau de garanties souscrit, déduction faite du remboursement de l'élément de classe A.

6•5•1•1 Conditions de renouvellement

Les prestations sont allouées conformément à la législation en vigueur du contrat responsable et par période de 2 (deux) ans. Ce délai commence à courir à compter de la date d'acquisition de l'équipement optique (monture + verres).

Toutefois, pour les mineurs de moins de 16 ans, les prestations s'appliquent par période annuelle à compter de la date d'acquisition de l'équipement optique sur présentation d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique.

Les prestations s'appliquent par période de 6 (six) mois pour les enfants jusqu'à l'âge de 6 ans, uniquement en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur.

Dans les autres cas, les prestations s'appliquent par période annuelle.

6•5•1•2 Conditions de renouvellement anticipé

Les prestations sont allouées par période annuelle pour les personnes d'au moins 16 ans en cas de renouvellement complet de l'équipement justifié par une évolution de la vue. L'évolution de la vue est constatée soit par la présentation d'une nouvelle prescription médicale, soit lorsque l'opticien-lunetier adapte la prescription médicale lors d'un renouvellement de délivrance.

L'évolution de la vue est caractérisée par l'une des situations suivantes :

- Variations de la sphère ou du cylindre d'au moins 0,5 dioptrie d'un verre, ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des deux verres ;
- Variation d'au moins 0,5 dioptrie de l'addition (pour un verre), ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des deux verres en cas de presbytie et en l'absence de variation de la vision de loin ;
- Somme des variations (en valeur absolue) de loin et de près d'au moins 0,5 dioptrie (pour un verre), en cas de presbytie et en présence de variation de la vision de loin ;
- Variation de l'axe du cylindre de plus de 20° pour un cylindre (+) inférieur ou égal à 1,00 dioptrie ;
- Variation de l'axe du cylindre de plus de 10° pour un cylindre (+) de 1,25 à 4,00 dioptries ;
- Variation de l'axe du cylindre de plus de 5° pour un cylindre (+) > 4,00 dioptries.

Cas particulier du renouvellement anticipé des verres :

Aucun délai de renouvellement minimal des verres n'est applicable, sous réserve de la présentation d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique avec mention de la situation médicale particulière, dans les cas suivants :

- pour les personnes de moins de 16 ans en cas d'évolution de la vue ;
- pour toutes personnes en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières, précisées par l'arrêté du 3 décembre 2018 portant modification des modalités de prise en charge de dispositifs médicaux et prestations associées pour la prise en charge d'optique médicale.

6•6 DENTAIRE

6•6•1 Précisions sur le fonctionnement des actes remboursés

Le descriptif de prestations distingue les actes relevant du panier 100 % Santé et les actes hors panier 100 % Santé.

Sont visés par les actes hors panier 100 % Santé, les actes du panier à reste à charge modéré (avec des honoraires limites de facturation, remboursement conformément au niveau de garanties de l'adhérent) et les actes du panier à prix libre (absence d'honoraires limites de facturation, remboursement conformément au niveau de garanties de l'adhérent).

Les plafonds dentaires s'appliquent sur tous vos actes dentaires hors soins, y compris ceux du panier 100 % Santé.

Une fois les plafonds dentaires atteints :

- **le remboursement est limité au ticket modérateur pour le panier hors 100% Santé,**
- **la prise en charge des actes du panier 100 % Santé se fera à la hauteur des frais réels, et sous déduction des prises en charge du régime de base.**

Santé Frontaliers

6•6•2 Bonus fidélité

Les remboursements des prothèses dentaires et de l'orthodontie prises en charge par le régime de base sont majorés à partir de la 3^{ème} année d'adhésion selon les montants prévus dans le descriptif des prestations. Le nombre d'années est calculé à partir de la date d'effet de la garantie. Toute augmentation de la garantie annule le nombre d'années d'adhésion écoulées avant la modification.

6•7 AIDE AUDITIVE

Le descriptif de prestations distingue les actes relevant du panier 100 % Santé et les actes hors panier 100 % Santé. **Le panier 100 % Santé s'appliquera à compter du 1^{er} janvier 2021.**

La prise en charge par l'organisme assureur des prestations Aides auditives est différente en fonction de la classe à laquelle appartient l'aide auditive, à savoir à la classe I ou la classe II.

Conformément à la réforme dite "100 % Santé", les aides auditives appartenant à la classe I font l'objet d'une prise en charge renforcée. A ce titre, une fois le remboursement effectué par le régime de base et celui opéré au titre de votre Contrat complémentaire dans la limite des Prix Limites de Vente, aucun reste à charge ne sera supporté par l'adhérent.

Les aides auditives de classe II bénéficieront d'une prise en charge intervenant dans la limite fixée par les textes relatifs aux contrats responsables et conformément au niveau de garanties souscrit. Ainsi, un éventuel reste à charge pourra être supporté par l'adhérent.

La prise en charge est limitée à un équipement tous les 4 (quatre) ans par oreille à compter de la date d'acquisition de l'aide auditive et dans la limite du prix limite de vente par aide auditive de classe I, ou à compter du 1^{er} janvier 2021 dans la limite de 1 700 euros par une aide auditive de classe II incluant la prise en charge du régime de base. Conformément à la réforme dite "100 % Santé", la périodicité de renouvellement de 4 (quatre) ans à compter de la dernière prise en charge de l'aide auditive par le régime de base, s'applique au 1^{er} janvier 2021 et tient compte des 4 (quatre) années antérieures.

6•8 MÉDICAMENTS

La liste des médicaments et leur taux de prise en charge par la Sécurité sociale est disponible sur le site medicaments.gouv.fr.

6•9 CURES THERMALES

Lorsque les garanties souscrites prévoient le remboursement de cures thermales, seules celles médicalement prescrites et prises en charge par le régime de base sont remboursées. Les honoraires des consultations liés aux cures thermales sont remboursés au même titre que ceux du poste "Soins courants".

6•10 ACTE DE MÉDECINE COMPLÉMENTAIRE

Les actes de médecine complémentaire, non pris en charge par le régime de base, de shiatsu, d'acupuncteur, d'ostéopathe, de chiropracteur, d'étiopathe, d'ergothérapeute, de réflexologue, de naturopathe, de phytothérapeute, de psychologue, de sexologue, de psychomotricien, de sophrologue, d'hypnothérapeute, de pédicure-podologue, et de diététicien sont pris en charge selon le montant prévu par le descriptif de prestations et par bénéficiaires, toutes spécialités confondues.

Ces actes doivent avoir été réalisés par des praticiens pouvant justifier d'un diplôme d'état ou universitaire, d'une formation certifiée par l'Ecole de la spécialité ou d'une certification par la fédération française de la discipline.

6•11 SOINS INOPINÉS À L'ÉTRANGER

Lorsque les garanties souscrites prévoient le remboursement des soins inopinés à l'étranger, seuls les soins imprévus lors de voyages ou de séjours dans un pays étranger de moins de 3 (trois) mois et pris en charge par le régime de base sont remboursés. Les soins sont considérés comme imprévus dès lors que le déplacement dans un pays étranger n'avait pas pour but de s'y faire soigner.

7• EXAMEN DES RÉCLAMATIONS - MÉDIATION

En cas de difficulté dans l'application du contrat, l'adhérent peut adresser une réclamation à Alptis Assurances, au travers de l'un des canaux de contacts suivants :

- dépôt d'un formulaire de réclamation en ligne, au sein de son espace personnel sécurisé (Espace adhérent), accessible à l'adresse suivante : <https://www.alptis.org/assurance/espace-adherent/> ;
- courrier adressé au Service Client d'Alptis Assurances - 25, cours Albert Thomas - 69003 LYON, en précisant son numéro d'adhérent.

Alptis Assurances en accusera réception dans un délai maximum de 10 (dix) jours ouvrables (sauf si une réponse a pu être apportée à l'adhérent au cours de ce délai) et répondra à l'adhérent dans un délai maximum de 2 (deux) mois après réception, sauf circonstances exceptionnelles qui lui seraient alors exposées. En cas de désaccord sur la réponse apportée, l'adhérent pourra saisir le Médiateur dans le délai d'un an à compter de sa réclamation, à l'adresse suivante :

La Médiation de l'assurance - TSA 50110 - 75441 Paris Cedex 09

ou par voie électronique à <http://www.mediation-assurance.org/Saisir+le+mediateur>.

Exerçant sa mission gratuitement et en toute indépendance, le Médiateur peut intervenir pour les litiges opposant un particulier à l'organisme assureur et à la condition qu'aucune action contentieuse n'ait été engagée. Après avoir instruit le dossier, le Médiateur rend un avis motivé dans les 3 (trois) mois. Cet avis ne lie pas les parties. Il est rappelé que l'adhérent a la possibilité de soumettre tout litige auprès du Tribunal compétent. Les modalités de traitement des réclamations sont disponibles sur le site Internet d'Alptis Assurances, à l'adresse www.alptis.org (rubrique "Tous mes contacts / Faire une réclamation").

SOMMAIRE

7• LEXIQUE	P. 10
8• OBJET DU CONTRAT	P. 10
9• ADHÉSION AU CONTRAT ET VIE DU CONTRAT	P. 10
9•1 CONDITIONS D'ADHÉSION	P. 10
9•2 FORMALITÉS D'ADHÉSION	P. 11
9•3 PRISE D'EFFET DE L'ADHÉSION	P. 11
9•4 DROIT DE RENONCIATION	P. 11
9•5 DATE D'EFFET DES GARANTIES	P. 11
9•6 MODIFICATION DE GARANTIE	P. 11
9•7 DURÉE DE L'ADHÉSION	P. 12
9•8 CHANGEMENT DE LA SITUATION DU BÉNÉFICIAIRE DES PRESTATIONS	P. 12
10• GARANTIES	P. 12
10•1 RISQUES COUVERTS	P. 12
10•2 ÉTENDUE TERRITORIALE DES GARANTIES	P. 12
10•3 HOSPITALISATION MÉDICALE, CHIRURGICALE, À DOMICILE, MATERNITÉ, ÉTABLISSEMENTS ET UNITÉS SPÉCIALISÉS	P. 12
10•4 FONCTIONNEMENT DES MONTANTS EXPRIMÉS EN EUROS HORS ÉQUIPEMENT OPTIQUE	P. 12
10•5 FONCTIONNEMENT DES PRESTATIONS DE L'ÉQUIPEMENT OPTIQUE	P. 12
10•6 DENTAIRE	P. 13
10•7 MÉDICAMENTS	P. 13
10•8 CURES THERMALES	P. 13
10•9 ACTES DE MÉDECINE COMPLÉMENTAIRE	P. 13
11• MODALITÉS DE REMBOURSEMENTS	P. 13
11•1 TÉLÉTRANSMISSION	P. 13
11•2 TIERS PAYANT	P. 13
11•3 PRISE EN CHARGE EN CAS D'HOSPITALISATION	P. 13
12• RISQUES EXCLUS	P. 13
13• LIMITE DES PRESTATIONS	P. 14
14• CESSATION DES GARANTIES	P. 14
15• COTISATIONS	P. 14
15•1 MONTANT DES COTISATIONS	P. 14
15•2 VARIATIONS DES COTISATIONS ET DES GARANTIES	P. 14
15•3 PAIEMENT DES COTISATIONS	P. 14
15•4 DÉFAUT DE PAIEMENT DES COTISATIONS	P. 14
15•5 LOI MADELIN	P. 15
16• DISPOSITIONS DIVERSES	P. 15
16•1 PROTECTION DES DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL	P. 15
16•2 AUTORITÉ CHARGÉE DU CONTRÔLE	P. 15
16•3 FONDS DE GARANTIE	P. 15
16•4 PRESCRIPTION	P. 15
16•5 SANCTIONS EN CAS DE FAUSSE DÉCLARATION	P. 16
16•6 SUBROGATION	P. 16
16•7 EXAMEN DES RÉCLAMATIONS - MÉDIATION	P. 16

7• LEXIQUE

ADHÉRENT : personne physique membre de l'association et qui adhère au contrat groupe. Un enfant mineur sans activité professionnelle ne peut être adhérent.

ANNÉE D'ADHÉSION : période correspondant à 12 (douze) mois successifs, à partir de la date d'effet de la garantie.

DATE D'ACQUISITION DE L'ÉQUIPEMENT OPTIQUE : date de la dernière facturation de l'équipement optique (verres + monture) ayant fait l'objet d'une prise en charge par le régime de base.

DATE D'ACQUISITION DE L'AIDE AUDITIVE : date de facturation de l'aide auditive ayant fait l'objet d'une prise en charge par le régime de base.

BÉNÉFICIAIRES DES PRESTATIONS : l'adhérent et éventuellement ses ayants droit inscrits : son conjoint et leurs enfants (âgés de moins de 18 ans ou de moins de 28 ans s'ils poursuivent des études), affiliés à un régime de base, et mentionnés dans le certificat d'adhésion. Ci-après également dénommés "Assurés".

BASE DE REMBOURSEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE (BRSS) : tarif sur lequel sont calculés les remboursements effectués par le régime de base.

CERTIFICAT D'ADHÉSION : document envoyé à l'adhérent après acceptation de sa demande d'adhésion. Il reprend les conditions d'admission et les garanties souscrites, ainsi que leur date de prise d'effet.

COUPLE-CONJOINT : toutes personnes mariées ou ayant conclu un PACS ou vivant en concubinage (attesté par la fourniture d'un justificatif de vie commune).

DÉLAI D'ATTENTE : période pendant laquelle les garanties ne s'appliquent pas. Le délai d'attente court à compter de la prise d'effet de l'adhésion inscrite sur le certificat d'adhésion.

DISPOSITIF DE PRATIQUE TARIFAIRE MAÎTRISÉE : dispositif prenant la forme de deux options de pratiques tarifaires maîtrisées (Optam et Optam-Co), lesquelles sont ouvertes à certains médecins par la convention avec l'assurance maladie obligatoire pour les accompagner dans la limitation des pratiques excessives de dépassement d'honoraires. En adhérant à cette option, les professionnels de santé s'engagent à limiter leurs dépassements d'honoraires dans des conditions établies par la convention.

L'option de pratique tarifaire maîtrisée (Optam) est ouverte à tous les médecins autorisés à facturer des dépassements d'honoraires (secteur 2) et à certains médecins de secteur 1 (les médecins de secteur 1 titulaires des titres requis pour accéder au secteur 2 et installés avant le 1^{er} janvier 2013).

L'option de pratique tarifaire maîtrisée, en chirurgie et obstétrique (Optam-Co), est ouverte aux médecins de secteur 2 et à certains médecins de secteur 1 exerçant une spécialité chirurgicale ou de gynécologie obstétrique.

GARANTIE DE BASE : ensemble de garanties hors renforts optionnels ou packs optionnels, (lorsque le contrat en prévoit).

HONORAIRES LIMITES DE FACTURATION (HLF) : les Honoraires Limites de Facturation correspondent à l'honoraire maximal facturable par le chirurgien-dentiste à l'Assuré pouvant faire l'objet d'une entente directe. Ils sont fixés par la Convention Nationale organisant les rapports entre les chirurgiens-dentistes libéraux et l'Assurance Maladie, approuvée par l'Arrêté du 20 août 2018.

PLAFOND DENTAIRE : somme maximale remboursée par année d'adhésion pour vos prestations, en une ou plusieurs fois et n'incluant pas les remboursements du régime de base.

PLAFOND MENSUEL DE LA SÉCURITÉ SOCIALE (PMSS) : montant fixé par décret et qui sert de référence pour déterminer certaines cotisations et certaines prestations, le PMSS de référence est celui de l'année en cours. Le montant en vigueur est disponible sur le site www.ameli.fr.

PRIX LIMITE DE VENTE (PLV) : le prix limite de vente d'un dispositif médical correspond au prix maximum de vente facturable par le professionnel de santé. A défaut de fixation d'un prix limite de vente, le prix est libre. La base de remboursement de la majorité des dispositifs médicaux inscrits à la liste des produits et prestations et pris en charge par le régime de base est assortie d'un prix limite de vente. Les lunettes et les aides auditives retenues dans les paniers 100 % Santé auront, à compter respectivement de 2019 et 2020, des prix limites de vente que les professionnels s'engagent à respecter pour que les assurés puissent bénéficier d'un reste à charge nul sur ces équipements. Conformément au niveau de garanties de l'assuré, l'organisme assureur interviendra, en complément du remboursement du Régime de base, sans que sa prise en charge ne puisse excéder les PLV.

RÉGIME DE BASE (RB) : régime légal de protection sociale français auquel est obligatoirement affilié le bénéficiaire des prestations (Régime Général de la Sécurité sociale ; régime Sécurité sociale des indépendants ; Régime des exploitants agricoles : AMEXA ; Régime des salariés agricoles ; Régime d'Alsace-Moselle ; Régime spéciaux).

SUPPORT DURABLE : tout instrument offrant la possibilité à l'adhérent de stocker des informations qui lui sont adressées personnellement, afin de pouvoir s'y reporter ultérieurement pendant un laps de temps adapté aux fins auxquelles les informations sont destinées, et qui permet la reproduction à l'identique des informations conservées.

TICKET MODÉRATEUR (TM) : quote part restant à la charge de l'adhérent, égale à la différence entre la base de remboursement et les remboursements du régime de base.

100 % SANTÉ : dispositif par lequel les assurés peuvent bénéficier de certaines prestations d'optique, d'aides auditives et de prothèses dentaires, intégralement remboursées par le régime de base et leur complémentaire santé dans les conditions prévues par le Code de la Sécurité sociale et sous réserve que les professionnels de santé respectent les tarifs maximums fixés. Les actes visés par ce dispositif intègrent le panier 100 % Santé.

8• OBJET DU CONTRAT

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

9• ADHÉSION AU CONTRAT ET VIE DU CONTRAT

9•1 CONDITIONS D'ADHÉSION

Pour être assurables au titre du présent contrat, l'adhérent et ses ayants droit doivent être des personnes physiques résidant en France métropolitaine (y compris Corse) ou dans les DROM (à l'exclusion de Mayotte), à Saint-Barthélemy ou à Saint-Martin (territoire français).

Tous les membres d'une même famille doivent souscrire le même niveau de garantie et le cas échéant le ou les même(s) renfort(s) optionnel(s) ou pack(s) optionnel(s) et s'inscrire sur le même dossier.

Les renforts optionnels ou packs optionnels ne peuvent être souscrits seuls.

Les bénéficiaires des prestations doivent être affiliés à l'un des régimes de base de la protection sociale française (cf. lexique).

Ils doivent en outre respecter les conditions prévues aux dispositions spécifiques du contrat souscrit, le cas échéant.

Il est précisé que les garanties ne sont pas éligibles à la complémentaire santé solidaire prévue aux articles L. 861-1 et suivants du Code de la Sécurité sociale.

9•2 FORMALITÉS D'ADHÉSION

- L'adhérent doit compléter, signer et dater une demande d'adhésion indiquant le niveau de garantie choisi et les éventuels ayants droit à garantir.
- L'adhésion se fait sans formalité médicale.

La signature de la Demande d'Adhésion emporte acceptation des droits et obligations définis dans le présent document.

Conformément aux dispositions de l'article L. 223-1 du Code de la consommation, l'adhérent est informé qu'il existe une liste d'opposition gratuite au démarchage téléphonique sur laquelle il peut s'inscrire. Cette inscription permet à l'adhérent de ne pas être sollicité sur des produits d'assurance auxquels il n'aurait pas souscrit.

9•3 PRISE D'EFFET DE L'ADHÉSION

L'adhésion prend effet à la date souhaitée et indiquée sur le certificat d'adhésion, au plus tôt le lendemain de la réception au siège d'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.

9•4 DROIT DE RENONCIATION

L'adhérent dispose d'un délai de 14 (quatorze) jours calendaires révolus pour renoncer à son adhésion à compter de la date de conclusion de celle-ci (qui correspond à la date d'émission du certificat d'adhésion).

En cas de renonciation, les dispositions suivantes s'appliquent (sauf dispositions particulières rappelées ci-après) :

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

Informations précontractuelles spécifiques à la vente à distance

Article L. 112-2-1 II du Code des assurances

"Toute personne physique ayant conclu à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle un contrat à distance dispose d'un délai de quatorze jours calendaires révolus pour renoncer, sans avoir à justifier de motif ni à supporter de pénalités".

Article L. 221-18 II du Code de la Mutualité

"Toute personne physique ayant adhéré à distance, à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, à un règlement ou à un contrat collectif à adhésion facultative, dispose d'un délai de quatorze jours calendaires révolus pour y renoncer, sans avoir à justifier de motif ni à supporter de pénalités".

Le contrat est vendu à distance s'il est conclu au moyen d'une ou plusieurs techniques de commercialisation à distance, notamment vente par correspondance ou Internet.

L'adhérent dispose, dans le cadre du présent contrat, d'un délai de 14 (quatorze) jours calendaires révolus pour renoncer à son adhésion à compter de la date de conclusion du contrat à distance (qui correspond à la date d'émission du certificat d'adhésion). Les frais afférents à la technique de commercialisation à distance sont à la charge de l'Adhérent (coûts des communications téléphoniques, connexions à Internet) et ne feront l'objet d'aucun remboursement.

En cas d'adhésion dans le cadre d'un démarchage à domicile, à résidence ou sur le lieu de travail

Article L. 112-9 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 ou par envoi recommandé électronique 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".

Article L. 221-18-1 du Code de la Mutualité

"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 adhère dans ce cadre à un règlement ou à un contrat collectif à adhésion facultative 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 ou par envoi recommandé électronique avec demande d'avis de réception pendant le délai de quatorze jours calendaires révolus à compter du jour de la signature du bulletin d'adhésion sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités".

L'adhérent dispose, dans le cadre du présent contrat, d'un délai de 14 (quatorze) jours calendaires révolus pour renoncer à son adhésion à compter de la date de conclusion de celle-ci (qui correspond à la date d'émission du certificat d'adhésion). L'adhérent ne peut plus exercer son droit de renonciation dès lors qu'il a connaissance d'un sinistre mettant en jeu les garanties du contrat.

Modalités d'exercice du droit de renonciation

Le courrier de renonciation devra être envoyé à Alptis Assurances - 25 cours Albert Thomas - 69445 LYON CEDEX 03, en recommandé ou en recommandé électronique avec avis de réception.

Modèle de lettre de renonciation :

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

A..... Le

Signature

9•5 DATE D'EFFET DES GARANTIES

Le droit aux prestations est acquis à la date de prise d'effet de la garantie ou de l'inscription au contrat en cas de modification de la situation de la famille figurant sur le certificat d'adhésion.

Lorsque le contrat prévoit des packs ou des renforts optionnels, des délais d'attente peuvent être appliqués. Ils sont mentionnés au sein du descriptif des prestations. Le point de départ du délai d'attente est la date d'effet de la garantie inscrite sur le certificat d'adhésion.

9•6 MODIFICATION DE GARANTIE

Garantie de base

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} jour du mois suivant la demande.

Renforts optionnels ou packs optionnels

Lorsque le contrat prévoit des renforts optionnels ou packs optionnels, l'adhérent peut demander à :

- ajouter le ou les renfort(s) optionnel(s) ou pack(s) optionnel(s), pour un effet au 1^{er} jour du mois qui suit la demande. Les délais d'attente correspondants s'appliquent ;
- résilier son ou ses renfort(s) optionnel(s) ou pack(s) optionnel(s) pour un effet au 1^{er} janvier qui suit la demande.

La souscription du ou des renfort(s) optionnel(s) ou pack(s) optionnel(s) vaut pour l'adhérent et ses ayants droit inscrits le cas échéant. La résiliation du ou des renfort(s) optionnel(s) ou pack(s) optionnel(s) vaut pour l'adhérent et ses ayants droit inscrits le cas échéant.

Pour l'ensemble des garanties

Lorsque le contrat en prévoit, les limites d'âge d'accès aux garanties doivent aussi être respectées lors de la modification de la garantie.

En cas de changement de niveau ou de garantie (adhésion à une autre complémentaire santé Alptis), les prestations de 1^{ère} année et les éventuels plafonds dentaires du nouveau niveau ou de la nouvelle garantie s'appliquent.

9•7 DURÉE DE L'ADHÉSION

La garantie acquise est viagère 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 ou dans les cas définis au paragraphe cessation des garanties. En cours de contrat, aucun bénéficiaire des prestations 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.

9•8 CHANGEMENT DE LA SITUATION DU BÉNÉFICIAIRE DES PRESTATIONS

L'adhérent doit informer Alptis Assurances par écrit, dans le mois qui suit tout changement dans la situation d'un bénéficiaire des prestations :

- 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 à compter du changement de département de résidence ;
- d'un changement du régime de base ;
- d'un changement de profession.

10• GARANTIES

10•1 RISQUES COUVERTS

Les prestations garanties sont complémentaires aux prestations en nature des assurances maladie et maternité du régime de base des bénéficiaires des prestations et leur attribution est subordonnée à la déclaration et à la prise en charge par cet organisme des frais engagés par le bénéficiaire des prestations (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 contrat dit responsable, mentionné en charge dans les conditions fixées par l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale et ses textes d'application :

- Le tiers payant ;
- les prestations liées aux consultations et prescriptions des praticiens dans les conditions définies aux articles R. 871-1 et R. 871-2 du Code de la Sécurité sociale ;
- les prestations liées à la prévention dont la liste est fixée par l'arrêté du 8 juin 2006.

10•2 ÉTENDUE TERRITORIALE DES GARANTIES

Les garanties sont acquises en France, et dans le monde entier lors de séjours n'excédant pas trois mois par an. 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 inopinés à l'étranger" du descriptif des prestations. Les règlements sont effectués en France et en euros.

10•3 HOSPITALISATION MÉDICALE, CHIRURGICALE, À DOMICILE, MATERNITÉ, EN ÉTABLISSEMENTS ET UNITÉS SPÉCIALISÉS

Le forfait journalier hospitalier, mentionné dans le descriptif des prestations, correspond au forfait journalier prévu à l'article L. 174-4 du Code de la Sécurité sociale fixé par arrêté.

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 et unités spécialisés :
 - psychiatriques,
 - soins de suites,
 - 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).

Les séjours en établissements ou unités spécialisés sont pris en charge même s'ils ne font pas suite à une hospitalisation.

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

10•4 FONCTIONNEMENT DES MONTANTS EXPRIMÉS EN EUROS HORS ÉQUIPEMENT OPTIQUE

Les montants exprimés en euros, **hors équipement optique**, sont alloués par année d'adhésion et par bénéficiaire.

10•5 FONCTIONNEMENT DES PRESTATIONS DE L'ÉQUIPEMENT OPTIQUE

Les prestations sont allouées conformément à la législation en vigueur du contrat responsable, et définie par les Dispositions spécifiques de votre contrat.

10•6 DENTAIRE

Si la garantie prévoit un plafond dentaire : une fois celui-ci atteint, le remboursement est limité au ticket modérateur.

10•7 MÉDICAMENTS

La liste des médicaments et leur taux de prise en charge par la Sécurité sociale est disponible sur le site medicaments.gouv.fr.

10•8 CURES THERMALES

Lorsque le contrat prévoit le remboursement de cures thermales, seules celles médicalement prescrites et prises en charge par le régime de base sont remboursées.

10•9 ACTES DE MÉDECINE COMPLÉMENTAIRE

Lorsque le contrat prévoit le remboursement d'actes de médecine complémentaire, les actes non pris en charge par le régime de base, sont remboursés dans les limites prévues au descriptif de prestations (spécialités reconnues et nombre de séances toutes spécialités confondues). Les actes de médecine complémentaire sont listés dans le descriptif de prestations. Ces actes doivent avoir été réalisés par des praticiens pouvant justifier d'un diplôme d'état ou universitaire, d'une formation certifiée par l'Ecole de la spécialité ou d'une certification par la fédération française de la discipline.

11• MODALITÉS DE REMBOURSEMENTS

11•1 TÉLÉTRANSMISSION

Afin d'éviter l'envoi des décomptes papiers, Alptis Assurances pratique la télétransmission informatique des décomptes de prestations du régime de base. Lorsque celle-ci est opérationnelle, la mention "nous avons également transmis ces informations à votre organisme complémentaire" figure sur le décompte de votre régime de base. Le service de télétransmission est un service gratuit. Cette liaison est enregistrée à réception des attestations délivrées avec la Carte Vitale de tous les bénéficiaires des prestations inscrits. Lorsque la télétransmission n'est pas opérationnelle, les bénéficiaires des prestations doivent adresser à Alptis Assurances les décomptes originaux des prestations délivrés par le régime de base pour obtenir le règlement des prestations. En outre, pour les actes non pris en charge par le régime de base, le bénéficiaire des prestations doit envoyer à Alptis Assurances les factures originales et acquittées pour obtenir le règlement des prestations dont les montants sont exprimés en euros (dentaire, optique...). Dans tous les cas, l'organisme assureur peut subordonner le service des prestations à la communication préalable par le bénéficiaire des prestations d'informations ou justificatifs complémentaires.

Les demandes de remboursements doivent être présentées dans un délai maximum de 2 (deux) ans à partir de la date de l'événement ouvrant droit à la prestation. La date des soins prise en compte est celle retenue par le régime de base sur le décompte.

11•2 TIERS PAYANT

Le tiers payant permet aux bénéficiaires des prestations d'éviter l'avance de la partie des dépenses de santé prises en charge par la garantie dans la limite de la base de remboursement de la Sécurité sociale. Cette dispense résulte d'accords conclus par les établissements, les praticiens et les organismes sociaux en application de l'article L. 160-10 du Code de la Sécurité sociale.

Le tiers payant hospitalisation est plafonné à 200 % de la BRSS. Au-delà, l'éventuel complément du remboursement est versé à l'adhérent sur présentation de la facture acquittée de l'établissement hospitalier et du décompte du régime de base.

Le tiers payant est disponible dans tous les départements français, dans les DOM, ainsi qu'à Saint-Barthélemy et Saint-Martin (**territoire français**) et selon les accords passés avec les praticiens. Pour les prestations "Optique, Dentaire, Ostéopathie, Aides Auditives et Hospitalisation", le tiers payant évite l'avance des frais, dans la limite du contrat responsable.

11•3 PRISE EN CHARGE EN CAS D'HOSPITALISATION

En cas d'hospitalisation dans toute la France (y compris Corse) et dans les DOM 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 permettant d'éviter à l'adhérent l'avance des frais.

12• 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 ;
- la faute intentionnelle ou dolosive du bénéficiaire des prestations prouvée par l'organisme assureur, y compris la mutilation volontaire ;
- le suicide pendant la première année suivant l'adhésion ;
- l'usage de stupéfiants non ordonnés médicalement.

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 qui sont en cours à la date d'adhésion, dans tous types d'établissements, sauf si l'adhésion fait suite à une couverture antérieure, sans interruption entre les deux contrats ;
- les séjours et frais relatifs aux établissements et services sociaux, médico-sociaux, médico-pédagogiques ; aux établissements ou unités de longs séjours ; aux établissements ou unités pour personnes âgées ;
- la chirurgie esthétique et les actes esthétiques non pris en charge par le régime de base ;
- les actes cotés hors nomenclature sauf mention contraire prévue dans le descriptif des prestations.

Le contrat dit responsable ne couvre 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. 160-13 II du Code de la Sécurité sociale et la franchise médicale instaurée par l'article L.160-13-I 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 aux articles R. 871-1 et R. 871-2 du Code de la Sécurité sociale.

13• LIMITE DES PRESTATIONS

Conformément à l'article 9 alinéa 1 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 et à l'article 2 alinéa 1 du décret n° 90-769 du 30 août 1990, les remboursements ou indemnités des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge de l'assuré ou de l'adhérent après les remboursements de toute nature auxquels il a droit et avant prise en charge instaurée par l'article L. 861-3 du code de la Sécurité sociale.

Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit sa date de souscription. Dans cette limite, le bénéficiaire du contrat ou de la convention peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix.

En tout état de cause, le cumul des remboursements obtenu du régime de base et des garanties complémentaires ne pourra dépasser les plafonds prévus par le dispositif du contrat responsable.

14• CESSATION DES GARANTIES

Les garanties cessent dans les cas suivants :

- dès que le bénéficiaire des prestations ne remplit plus les conditions pour être garanti ;
- en cas d'exercice de la faculté de renonciation ;
- en cas de dénonciation de l'adhésion suite à une modification du contrat d'assurance de groupe, en application des dispositions de l'article L. 221-6 du Code de la mutualité ou de l'article L. 141-4 du Code des assurances ;
- en cas de décès du bénéficiaire des prestations ;
- en cas de résiliation par l'adhérent à tout moment à l'expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription du contrat, au choix de l'adhérent :
 - 1° Soit par lettre ou tout autre support durable ;
 - 2° Soit par déclaration faite au siège d'Alptis Assurances, 25 cours Albert Thomas 69445 LYON CEDEX 03 ;
 - 3° Soit par acte extrajudiciaire ;
 - 4° Soit, lorsque Alptis Assurances propose la conclusion de contrat par un mode de communication à distance, par le même mode de communication.

Alptis Assurances confirme par écrit la réception de la notification. La résiliation prend effet un mois à compter de la réception de cette notification ; les cotisations restent dues jusqu'à la date d'effet de la résiliation. En cas d'encaissement de cotisations pour la période non couverte, Alptis Assurances sera tenu au remboursement de celles-ci dans un délai de trente (30) jours à compter de la date d'effet de la résiliation ;

- en cas de résiliation par l'adhérent à l'échéance annuelle au 31 décembre, en utilisant tout support énuméré ci-avant et prévu par l'article L. 113-14 du Code des assurances ou l'article L. 221-10-3 du Code de la mutualité, adressés au siège d'Alptis Assurances, 25 cours Albert Thomas 69445 LYON CEDEX 03, avec un préavis de 2 (deux) mois (avant le premier novembre) ; les cotisations restent dues pour la totalité de l'exercice (jusqu'au 31 décembre) ;
- en cas de démission par l'adhérent de l'association : celle-ci s'effectue dans les mêmes conditions que celles prévues ci-dessus en cas de résiliation par l'adhérent ;
- en cas de non-paiement des cotisations : Cf. § DÉFAUT DE PAIEMENT DES COTISATIONS".

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.

La résiliation de la garantie de base entraîne la résiliation des renforts optionnels ou packs optionnels le cas échéant.

15• COTISATIONS

15•1 MONTANT DES COTISATIONS

Le montant de la cotisation de la garantie de base est fonction :

- du niveau de garanti choisi,
- du régime de base,
- du département de résidence principale,
- du nombre d'ayants droit de l'adhérent,
- de l'âge des bénéficiaires des prestations.

La cotisation des renforts optionnels ou packs optionnels tient compte de la composition familiale. A ces cotisations s'ajoutent :

- la cotisation d'adhésion à l'association,
- le droit d'entrée (qui est perçu une fois pour toute lors de l'adhésion).

15•2 VARIATIONS DES COTISATIONS ET DES GARANTIES

Outre l'éventuelle évolution en fonction de l'âge, les cotisations peuvent évoluer au premier janvier de chaque année en fonction de l'évolution des dépenses de la Sécurité sociale, et des résultats du groupe assuré qui tient compte du niveau choisi, de l'âge, de la zone géographique du lieu de résidence, de la composition familiale, du régime de base. 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.

15•3 PAIEMENT DES COTISATIONS

Les cotisations sont payables d'avance annuellement.

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

15•4 DÉFAUT DE PAIEMENT DES COTISATIONS

En cas de non-paiement d'une cotisation ou d'une fraction de cotisation dans les 10 (dix) jours de son échéance, Alptis Assurances adressera à l'adhérent par lettre recommandée, une mise en demeure pouvant entraîner sa résiliation à l'expiration d'un délai de 40 (quarante) jours, dans les conditions définies à l'article L. 221-8 II du Code de la mutualité ou L. 141-3 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.

15•5 LOI MADELIN

Les travailleurs non-salariés, non agricoles en activité peuvent bénéficier de la déductibilité fiscale de leurs cotisations pour le présent contrat, s'ils remplissent les conditions prévues par la Loi n° 94-126 du 11 février 1994 relative à l'initiative et à l'entreprise individuelle, dite Loi "Madelin".

16• DISPOSITIONS DIVERSES

16•1 PROTECTION DES DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL

Les informations recueillies par Alptis Assurances font l'objet d'un traitement informatique aux fins de la passation, de la gestion et de l'exécution du contrat, ainsi que de l'adhésion à l'association. Des données de santé sont collectées aux fins de l'appréciation du risque ou de la mise en œuvre des garanties souscrites. Toutes ces informations sont nécessaires au traitement de votre dossier. Le défaut de fourniture des informations obligatoires peut avoir pour conséquence le non traitement de votre dossier. Ces informations peuvent également être traitées en vue du respect d'obligations légales, notamment en matière de lutte contre la fraude et de lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme. Il est précisé qu'une fraude avérée pourra conduire à l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude, pendant cinq ans, et que cette inscription pourra bloquer toute entrée en relation contractuelle avec l'assureur pendant cinq ans durant cette période. Enfin, les données personnelles collectées sont susceptibles d'être utilisées à des fins statistiques, commerciales, de reporting, d'amélioration des services proposés ou de profilage, sur la base des intérêts légitimes du responsable de traitement (sauf opposition). Elles seront conservées pour des durées qui varient en fonction des finalités susvisées, et au maximum pendant la durée de la relation contractuelle, à laquelle s'ajoutent les durées de prescription légale en vigueur. Les destinataires des données sont, suivant les finalités et dans la limite de leurs attributions : les services compétents d'Alptis Assurances (y compris le Médecin-Conseil), l'association souscriptrice, l'organisme assureur et, le cas échéant, les réassureurs, les fonds de garantie, votre intermédiaire en assurances, ainsi que les tiers habilités appelés à connaître le contrat en raison de sa gestion. Alptis Assurances, l'association souscriptrice et l'organisme assureur prennent toutes les précautions propres à assurer la sécurité et la confidentialité des données personnelles collectées. Conformément au Règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 et à la loi "Informatique et libertés" du 6 janvier 1978 modifiée, toute personne concernée dispose d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement et de portabilité des données la concernant ainsi que du droit de demander la limitation du traitement ou de s'y opposer. En outre, toute personne concernée a la possibilité de définir des directives relatives à la conservation, à l'effacement et à la communication de ses données personnelles applicables après son décès. Vous pouvez exercer ces droits en vous adressant à : Alptis Assurances, 25 cours Albert Thomas, 69445 Lyon cedex 03 ou contact-cnil@alptis.fr. Alptis Assurances se chargera de diffuser ces éventuelles modifications aux autres destinataires. En cas de désaccord persistant, toute personne concernée peut introduire une réclamation auprès de la CNIL à l'adresse suivante : Commission Nationale Informatique et Libertés, 3 place de Fontenoy, 75007 Paris. Pour plus d'informations, vous pouvez consulter notre Charte de protection des données à caractère personnel sur <http://www.alptis.org>.

16•2 AUTORITÉ CHARGÉE DU CONTRÔLE

L'autorité chargée du contrôle de l'organisme assureur et d'Alptis Assurances est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) - 4 Place de Budapest - 75436 PARIS CEDEX 09.

16•3 FONDS DE GARANTIE

Il existe, selon l'organisme assureur :

- un fonds de garantie contre la défaillance des mutuelles et unions pratiquant des opérations d'assurance (article L. 431-1 du code de la mutualité) ;
- un fonds de garantie des assurés contre la défaillance des sociétés d'assurance de personnes instauré par la loi n° 99-532 du 25 juillet 1999 (article L. 423-1 du Code des assurances).

16•4 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 de la mutualité ou du Code des assurances selon l'organisme assureur.

Pour les organismes assureurs relevant du Code de la mutualité

Article L. 221-11 du Code de la mutualité

Toutes actions dérivant des opérations régies par le présent titre 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, du fait du membre participant, que du jour où la mutuelle ou l'union en a eu connaissance ;

2° En cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là. Quand l'action du participant, du bénéficiaire ou de l'ayant droit contre la mutuelle ou l'union a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre le membre participant ou l'ayant droit, ou a été indemnisé par celui-ci (...).

Article L. 221-12 du Code de la mutualité

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription* et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique, avec avis de réception, adressés par la mutuelle ou l'union au membre participant, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par le membre participant, le bénéficiaire ou l'ayant droit à la mutuelle ou à l'union, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Article L. 221-12-1 du Code de la mutualité

Par dérogation à l'article 2254 du Code civil, les parties à une opération individuelle ou collective 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.

Pour les organismes assureurs relevant du Code des assurances

Article L. 114-1 du Code des assurances

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 (...).

Article L. 114-2 du Code des assurances

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 ou par envoi recommandé électronique, avec avis de réception, adressés 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 L. 114-3 du Code des assurances

Par dérogation à l'article 2254 du Code civil, les parties à une opération individuelle ou collective 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.

*Causes ordinaires d'interruption de la prescription communes aux organismes relevant du code des assurances ou du code de la mutualité.

En application de ces dispositions, constituent des causes ordinaires d'interruption de la prescription :

- la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait en l'espèce, par exemple, la reconnaissance de l'organisme assureur du droit de la garantie contestée (article 2240 du Code civil) ;
- l'exercice d'une action en justice, même en référé, y compris lorsque l'action 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 2241 du Code civil) ;
- une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée [commandement de payer, saisie... (article 2244 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.

À noter que l'interpellation faite à l'un des héritiers d'un débiteur solidaire ou la reconnaissance de cet héritier, n'interrompt le délai de prescription que pour la part de cet héritier (article 2245 du Code civil) ;

- l'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance pour les cas de prescription applicables aux cautions (article 2246 du Code civil).

La prescription est également interrompue en cas de saisine du médiateur.

16•5 SANCTIONS EN CAS DE FAUSSE DÉCLARATION

Les déclarations faites par l'adhérent pour lui-même et les autres bénéficiaires des prestations 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. 221-14 (nullité du contrat), L. 221-15 (réduction des indemnités) du Code de la mutualité, ou les dispositions des articles L. 113-8 (nullité du contrat) et L. 113-9 (réduction des indemnités) du Code des assurances.**

16•6 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 au bénéficiaire.

16•7 EXAMEN DES RÉCLAMATIONS - MÉDIATION

En cas de difficulté dans l'application du contrat, l'adhérent peut adresser une réclamation à Alptis Assurances, au travers de l'un des canaux de contacts suivants :

- dépôt d'un formulaire de réclamation en ligne, au sein de son espace personnel sécurisé (Espace adhérent), accessible à l'adresse suivante : <https://www.alptis.org/assurance/espace-adherent/> ;
- courrier adressé au Service Client d'Alptis Assurances - 25, cours Albert Thomas - 69003 LYON, en précisant son numéro d'adhérent.

Alptis Assurances en accusera réception dans un délai maximum de 10 (dix) jours ouvrables (sauf si une réponse a pu être apportée à l'adhérent au cours de ce délai) et répondra à l'adhérent dans un délai maximum de 2 (deux) mois après réception, sauf circonstances exceptionnelles qui lui seraient alors exposées. En cas de désaccord sur la réponse apportée, l'adhérent pourra saisir le Médiateur dans le délai d'un an à compter de sa réclamation. Les coordonnées du Médiateur lui seront transmises par les services d'Alptis Assurances. Exerçant sa mission gratuitement et en toute indépendance, le Médiateur peut intervenir pour les litiges opposant un particulier à l'organisme assureur et à la condition qu'aucune action contentieuse n'ait été engagée. Après avoir instruit le dossier, le Médiateur rend un avis motivé dans les 3 (trois) mois. Cet avis ne lie pas les parties. Il est rappelé que l'adhérent a la possibilité de soumettre tout litige auprès du Tribunal compétent.

Les modalités de traitement des réclamations sont disponibles sur le site Internet d'Alptis Assurances, à l'adresse www.alptis.org (rubrique "Tous mes contacts / Faire une réclamation").

Alptis Assurances

Intermédiaire d'assurance, gestionnaire du contrat

25, cours Albert Thomas - 69445 LYON CEDEX 03 • Tél. : 04 72 36 16 20 • Fax : 04 72 36 16 73 • Internet : www.alptis.org

Société par Actions Simplifiée au capital de 10 000 000 € - RCS Lyon 335 244 489 - N° ORIAS : 07 005 850 - www.orias.fr - N° TVA : FR37335244489

Assurance de responsabilité civile professionnelle et garantie financière conformes au Code des assurances

CNP Assurances

Société Anonyme avec conseil d'administration au capital de 686 618 477 euros entièrement libéré, entreprise régie par le Code des assurances,

dont le siège social est situé 4, place Raoul Dautry - 75015 PARIS, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Paris sous le numéro 341 737 062



Notice d'information

Assistance Santé des Frontaliers

*"Nous mettons tous nos services
d'assistance à votre disposition.
Et ce ne sont pas que des mots."*

PRÉAMBULE

Il a été conclu entre :

- d'une part, l'association Alptis Frontaliers dont le siège social est situé 25 cours Albert Thomas, 69445 LYON CEDEX 03, association régie par la loi de 1901,
- et d'autre part la société Groupama Rhône-Alpes Auvergne, Caisse régionale d'Assurances Mutuelles Agricoles de Rhône-Alpes Auvergne, 50 rue de Saint-Cyr, 69251 Lyon cedex 09 - N° de SIRET 779 838 366 000 28, Entreprise régie par le Code des Assurances et soumise à l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution, 4 Place de Budapest, CS 92459, 75436 Paris Cedex 09, Représentée par Groupe Special Lines, en qualité d'agence de souscription spécialisée, 6-8 rue Jean Jaurès, 92800 Puteaux, S.A.S. au capital de 100 000 EUR dont Groupama Rhône-Alpes Auvergne détient plus de 10 % des parts et des droits de vote - 820 232 163 R.C.S. Nanterre - Intermédiaire immatriculé à l'ORIAS sous le n° 16003981 (<http://www.orias.fr>) - Sous le contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution, 4 Place de Budapest, CS 92459, 75436 Paris Cedex 09 (pour la garantie Exonération décès accidentel), et AWP FRANCE SAS dénommée aux termes de la présente notice ALPTIS ASSISTANCE dont le siège social est situé 2 rue Fragonard, 75807 PARIS CEDEX 17 (pour les garanties Assistance), agissant au nom et pour le compte de Fragonard Assurances, entreprises régies par le Code des assurances, des contrats d'assurance de groupe à adhésion facultative n° ALP FR017171TT pour Groupama Rhône-Alpes Auvergne et n° 30 U pour Fragonard Assurances.

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.

Les prestations sont accordées aux adhérents de l'association Alptis Frontaliers.

Bénéficiaire également de ces prestations d'assistance :

- leur conjoint ou concubin ou la personne avec laquelle l'adhérent a conclu un PACS,
- leurs enfants fiscalement à charge,
- leurs ascendants directs,

résidant en France métropolitaine et vivant habituellement sous le même toit et assurés au titre des contrats n° 1335 B ou n° 1336 C.

QUI CONTACTER ?

ALPTIS ASSISTANCE est à votre disposition 24 heures/24, 365 jours par an. Dans tous les cas, n'hésitez jamais à appeler **ALPTIS ASSISTANCE**, même si vous n'êtes pas certain que cela entre dans le cadre des prestations qui vous sont proposées.

- Par téléphone au **01 48 97 74 72** (appel non surtaxé)
- Depuis l'étranger : numéro international du pays d'où émane l'appel suivi du **+33 (1) 48 97 74 72**
- Par télécopie au **01 48 97 12 13**
- Depuis l'étranger : numéro international du pays d'où émane l'appel suivi du **+33 (1) 48 97 12 13**

SANS OUBLIER

- de rappeler votre numéro d'adhérent ;
- de préciser vos nom, prénom et adresse ;
- pour le service "Garde d'enfant malade à domicile", de vous munir d'un certificat médical concernant la santé de l'enfant ;
- pour le service "Ecole à domicile", de préciser les coordonnées de l'établissement scolaire fréquenté, et tous renseignements qui pourront être demandés sur la scolarité de l'enfant et son état de santé.

Tous les renseignements médicaux transmis aux médecins d'ALPTIS ASSISTANCE sont strictement confidentiels.

Lors de votre 1^{er} appel, un numéro d'assistance vous sera communiqué : rappelez-le systématiquement lors de toutes vos relations ultérieures avec **ALPTIS ASSISTANCE**.

Les frais que vous serez amenés à engager pour appeler **ALPTIS ASSISTANCE** seront remboursés sur envoi des pièces justificatives originales, dans les 30 jours qui suivent l'appel.

PRESTATIONS

1•EN CAS D'ACCIDENT OU DE MALADIE SUBITE AU DOMICILE

1•1 Première urgence, recherche d'un médecin

Outre les secours de première urgence auxquels les bénéficiaires doivent faire appel en priorité, **ALPTIS ASSISTANCE** peut apporter son aide ou ses conseils, dans :

- la recherche d'un médecin, en l'absence du médecin traitant ;
- la recherche d'une place en milieu spécialisé (maison de retraite, de remise en forme, clinique, centre de thalasso, centre de rééducation...).

1•2 Transport à l'hôpital

ALPTIS ASSISTANCE organise votre transport en ambulance jusqu'à l'hôpital ou la clinique que vous aurez choisi, de même que votre retour au domicile.

Le coût du transport n'est pas pris en charge par **ALPTIS ASSISTANCE**, mais dans les conditions habituelles.

1•3 Envoi de médicaments

ALPTIS ASSISTANCE organise la livraison des médicaments, **leur coût restant à votre charge** (remboursement dans les conditions habituelles).

2•EN CAS D'HOSPITALISATION

Si vous-même ou votre conjoint êtes hospitalisé **plus de 2 jours consécutifs**, **ALPTIS ASSISTANCE** met en oeuvre les prestations suivantes :

2•1 Garde d'enfants à domicile (maximum 12 h par jour)

Vous avez la garde de vos enfants ou petits-enfants de moins de 15 ans ; votre état de santé vous empêche d'en assurer la garde. Dans ce cas, **ALPTIS ASSISTANCE** organise et prend en charge la prestation d'une assistante maternelle compétente à votre domicile, pendant 2 jours.

Ou, si vous le souhaitez, **ALPTIS ASSISTANCE** peut organiser le voyage de vos enfants ou petits-enfants de moins de 15 ans jusqu'au domicile de l'un de vos proches, résidant en France métropolitaine.

2•2 Garde des animaux familiers

Vous possédez des animaux familiers (chiens, chats, oiseaux) et votre état de santé vous impose un séjour à l'hôpital. Dans ce cas, **ALPTIS ASSISTANCE** peut organiser le gardiennage à votre domicile ou dans un centre agréé. Cette prestation est limitée à 30 jours par événement. L'animal concerné doit avoir reçu toutes les vaccinations obligatoires. **Sont exclus les chiens de 1^{ère} et 2^{nde} catégorie (article L211-12 du Code rural et de la pêche maritime).**

2•3 Garde ou transfert des personnes dépendantes (maximum 12 h par jour)

ALPTIS ASSISTANCE fait le nécessaire pour :

- soit organiser et prendre en charge la garde des personnes dépendantes habitant sous votre toit, pendant **2 jours maximum** ;
- soit organiser et prendre en charge le coût du transport de ces personnes chez des proches résidant en France métropolitaine.

2•4 Garde ou transfert des autres enfants (maximum 12 h par jour)

Si l'un des enfants est hospitalisé, **ALPTIS ASSISTANCE** organise et prend en charge :

- soit la garde des autres enfants de moins de 15 ans pendant **2 jours maximum** ;
- soit leur transport chez des proches résidant en France métropolitaine.

2•5 Aide à domicile

En cas d'hospitalisation de **plus de 2 jours consécutifs**, pour vous-même ou votre conjoint, de naissances multiples, ou lorsque le séjour à la maternité excède 8 jours, **ALPTIS ASSISTANCE** met à votre disposition une aide à domicile, afin de vous aider dans vos tâches et démarches quotidiennes, pendant 4 fois deux heures à répartir dans les 15 jours calendaires suivant votre retour au domicile.

Cette prestation peut être portée à 6 fois deux heures si vous avez la charge d'un enfant de moins de 10 ans, ou si vous vivez seul, ou si votre conjoint est handicapé. **ALPTIS ASSISTANCE** vous accorde également cette prestation en cas d'hospitalisation au domicile de plus de 2 jours consécutifs.

2•6 Présence d'un proche parent (ou ami) en cas d'hospitalisation

Si vous-même ou votre conjoint êtes hospitalisé **plus de 2 jours consécutifs**, **ALPTIS ASSISTANCE** prend en charge le transport aller/retour d'un proche, résidant en France métropolitaine, en mettant à sa disposition un billet de train 1^{re} classe ou d'avion classe économique, lorsque seul ce moyen peut être utilisé, pour se rendre à votre domicile. **ALPTIS ASSISTANCE** participe aux **frais d'hôtel à concurrence d'un montant maximum de 276 € TTC (frais de restauration exclus) lorsque le proche n'a pas d'autres moyens d'hébergement.**

3•GARDE D'ENFANT MALADE AU DOMICILE (maximum 12 h par jour)

Ce service vous permet de continuer à assurer votre activité professionnelle au cas où votre enfant serait malade ou blessé, et aurait besoin de la présence d'une personne à son chevet et à votre domicile.

ALPTIS ASSISTANCE se charge de rechercher et d'envoyer chez vous, une personne compétente, afin d'assurer cette garde, et prend en charge le coût correspondant, dans la limite de 4 jours consécutifs, au sein de vos heures normales de travail.

Conditions médicales et administratives

Toute demande doit être justifiée par un certificat médical indiquant que la présence d'une personne est nécessaire auprès de votre enfant malade ou blessé. Il faut impérativement communiquer à **ALPTIS ASSISTANCE** les coordonnées du médecin ayant établi le certificat médical, et autoriser la personne qui gardera l'enfant à joindre **ALPTIS ASSISTANCE** par téléphone, si nécessaire.

4•ÉCOLE À DOMICILE

A compter du 16^e jour calendaire consécutif d'absence scolaire de l'enfant, ALPTIS ASSISTANCE recherche et envoie au domicile de l'enfant, un répétiteur scolaire, qui lui permettra, grâce à des cours particuliers, de poursuivre sa scolarité dans les principales matières (Français, Mathématiques, Langues étrangères -première et seconde langues inscrites au programme scolaire-, Physique-Chimie, Histoire- Géographie, Sciences naturelles). **ALPTIS ASSISTANCE** prend en charge les coûts occasionnés, **à raison de 10 heures par semaine**, tous cours confondus, fractionnables dans la limite de 5 déplacements du répétiteur scolaire, par semaine, et de 2 heures de cours au minimum dans la journée par matière ou par répétiteur.

La prestation est acquise **pendant 60 jours maximum** à compter du 16^e jour calendaire consécutif d'absence scolaire de l'enfant et **cesse dès que l'enfant a repris normalement ses cours. Elle cesse en tout état de cause, le dernier jour de l'année scolaire, et ne s'applique pas pendant les vacances scolaires.**

Le répétiteur scolaire est autorisé par l'adhérent, à prendre contact, si nécessaire, avec l'établissement scolaire de l'enfant, afin d'examiner l'étendue du programme à étudier. Lorsque l'enfant est hospitalisé, les cours seront effectués, dans la mesure du possible, dans les mêmes conditions, et sous réserve de l'accord explicite de l'établissement hospitalier, ainsi que des médecins et du personnel soignant.

Conditions médicales et administratives

L'adhérent devra justifier sa demande, en présentant un certificat médical indiquant la nature de la maladie* ou de l'accident*, et précisant :

- que l'enfant ne peut, compte tenu de cette maladie ou de cet accident, se rendre dans son établissement scolaire ;
- la durée de son immobilisation.

Le certificat médical sera adressé à l'équipe médicale d'**ALPTIS ASSISTANCE**. La maladie* est définie comme "toute altération de la santé constatée par une autorité médicale compétente", et l'accident*, comme "une atteinte corporelle, non intentionnelle de la part du bénéficiaire, provenant de l'action soudaine d'une cause extérieure". La prestation s'applique du cours préparatoire à la terminale des lycées d'enseignement général. Elle ne s'applique pas pendant les vacances scolaires. Un délai maximum de 48 heures peut intervenir à compter de l'appel pour rechercher et acheminer le répétiteur.

Le service "Ecole à domicile" ne s'applique pas :

- pour les maladies ou accidents et leurs conséquences, antérieurs à la date d'effet des garanties ;
- dans le cadre des exclusions de la garantie "médico-chirurgicale".

5•SERVICE BIEN-ÊTRE

Les médecins d'**ALPTIS ASSISTANCE** sont à votre disposition du lundi au samedi de 9 heures à 20 heures hors jours fériés pour répondre à toutes questions de nature médicale et, notamment dans les domaines suivants : la santé, les vaccinations, la mise en forme, la diététique, la puériculture. Ils pourront vous fournir les informations liées aux lieux d'hébergement et d'accueil en France après hospitalisation (maison de repos, maison de long séjour...). **Les informations données aux adhérents le seront toujours dans le respect de la déontologie médicale** (confidentialité et respect du secret médical). Elles ne peuvent se substituer à une consultation médicale et ne peuvent donner lieu à une quelconque prescription.

6•ASSISTANCE "ALLO MAMAN BÉBÉ"

30 jours avant et 30 jours après la naissance de votre enfant, du lundi au samedi de 10 heures à 18 heures (hors jours fériés).

Conseils par téléphone

Une équipe de professionnels d'**ALPTIS ASSISTANCE** répondent aux questions relatives au bien-être du nouveau-né sur des sujets tels que l'alimentation, le sommeil, l'hygiène...

Service à domicile

Dans le cadre d'une maternité, **ALPTIS ASSISTANCE** met à la disposition du bénéficiaire un service spécifique destiné à répondre aux questions relatives au bien-être du nouveau-né ou d'ordre général. Ce service comprend notamment :

- l'orientation vers les structures spécifiques locales et légitimes,
- la coordination dans la recherche de multi-financement d'un personnel qualifié en matière de Protection Maternelle Infantile.

Ce service est accessible de 9 h 00 à 18 h 00.

ALPTIS ASSISTANCE met à votre disposition une aide à domicile **pendant 5 heures** réparties dans les 15 jours qui suivent le retour au domicile. En cas de naissance multiple, le volume d'heures sera porté à 8 heures.

7•CONSEIL VIE PRATIQUE

ALPTIS ASSISTANCE est à votre disposition 24H/24, pour rechercher et vous communiquer les numéros d'appels téléphoniques :

- des taxis, gares, aéroports, loueurs de véhicules, gendarmeries ;
- des entreprises de dépannage situées dans un rayon de 30 km de votre domicile, telles que : plomberie, menuiserie, électricité, serrurerie, vitrerie, etc.
- d'aides à domicile (infirmières, gardes malades...).

La prestation se limite à communiquer un ou plusieurs numéros téléphoniques.

ALPTIS ASSISTANCE ne recommande aucune entreprise, et ne peut être impliqué du fait de la qualité du travail ou de la rapidité de son exécution.

8•AIDE À LA RECHERCHE D'EMPLOI

Si vous-même ou votre conjoint perdez votre emploi ou effectuez un dépôt de bilan de votre entreprise ou de votre commerce, ALPTIS ASSISTANCE met à votre disposition du lundi au vendredi de 9 heures à 18 heures hors jours fériés, sa cellule spécifique d'accueil téléphonique composée de conseillers en recherche d'emploi et chargés d'assistance.

Cette cellule vous assiste dans les situations suivantes :

8•1 Réalisation d'un bilan de situation professionnelle

ALPTIS ASSISTANCE vous informe et vous conseille sur la rédaction de lettre de motivation, de candidature spontanée, de réponse à une annonce.

8•2 Entretien d'embauche

ALPTIS ASSISTANCE vous prépare au déroulement de ces entretiens et notamment par la fourniture d'une liste type des attitudes à avoir et à ne pas avoir.

8•3 Conseils sur la presse spécialisée

ALPTIS ASSISTANCE vous communique une liste de journaux auxquels il y a lieu de s'abonner et vous conseille sur la manière de déjouer les fausses annonces.

8•4 Limite des garanties

La garantie prend fin à la date où le bénéficiaire reprend une activité rémunérée totale ou partielle, quelle qu'en soit la nature, que ce soit ou non au titre de salarié et dans tous les cas 12 mois après la date effective du licenciement ou du dépôt de bilan.

L'intervention d'**ALPTIS ASSISTANCE** est limitée à la France métropolitaine.

8•5 Risques exclus

- La mise en retraite ou pré-retraite.
- La perte d'emploi après démission du salarié ou à l'expiration d'un contrat de travail à durée déterminée.
- Le licenciement non pris en charge par les institutions visées aux articles L. 5424-1 et suivants, L. 5427-1 et suivants et R. 5427-2 et suivants du Code du travail.
- Le chômage dit partiel et le chômage saisonnier.

ALPTIS ASSISTANCE ne pourra être tenue que par une obligation de moyens.

9•ASSISTANCE DÉCÈS

ALPTIS ASSISTANCE met à la disposition de la famille sa banque de données dans les domaines suivants : fiscalité, banques, droit successoral, assurances, état civil, droit civil et familial, gestion de patrimoine...

Ce service de renseignements téléphoniques est assuré par une équipe de chargés d'informations du lundi au samedi de 9 heures à 20 heures hors jours fériés ; certaines demandes pouvant nécessiter des recherches et investigations, un rendez-vous téléphonique sera alors pris sous 48 heures.

Les prestations sont uniquement téléphoniques : aucun des conseils dispensés par l'équipe de chargés d'informations ne peut se substituer aux intervenants habituels tels qu'avocats, conseillers juridiques.

En aucun cas, ils ne feront l'objet d'une confirmation écrite.

10•EXONÉRATION DES COTISATIONS SANTÉ EN CAS DE DÉCÈS ACCIDENTEL

En cas de décès **accidentel** de l'adhérent ou de son conjoint inscrit au dossier, gratuité pendant 2 ans des cotisations "Frais de Santé", du conjoint et des enfants inscrits au dossier au jour du décès.

Pour bénéficier de l'exonération des cotisations "Frais de Santé", adressez le certificat de décès à **Alptis Assurances - Service prestations prévoyance - 69445 LYON CEDEX 03.**

11•RAPATRIEMENT DÉCÈS DE SUISSE

En cas de décès lors d'un séjour professionnel de moins de 90 jours consécutifs en Suisse exclusivement de l'adhérent ou de son conjoint bénéficiaire de la garantie "Frais de Santé", **ALPTIS ASSISTANCE** organise le transfert ou le rapatriement du corps jusqu'au lieu d'inhumation en France métropolitaine situé dans une limite de 100 km de la frontière franco-suisse. Sont pris en charge les frais liés au transport, **les frais administratifs ainsi que les frais de cercueil liés au transport dans une limite de 763 € TTC.**

11•1 Exclusions sur le rapatriement du corps

Sont exclus tous les frais non indispensables au transport du corps, tels que les ornements ou accessoires, ainsi que le déplacement vers un établissement de soins.

11•2 Retour différé du corps

A la suite d'une inhumation sur place, **ALPTIS ASSISTANCE** prend en charge les frais de rapatriement. **Les frais d'exhumation sont exclus.**

LIMITATION DE LA GARANTIE ASSISTANCE ALPTIS FRONTALIERS

La garantie d'assistance prend fin en même temps que la garantie Santé Frontaliers.

La garantie d'assistance s'applique en France métropolitaine.

Délais de mise en place

Dès votre appel, **ALPTIS ASSISTANCE** met tout en œuvre pour répondre au plus vite à votre demande.

BILLETTERIE

Si un billet de transport a été délivré, **ALPTIS ASSISTANCE** dégage toute responsabilité concernant des événements indépendants de sa volonté, notamment en cas de surréservation, de retard, d'annulation ou de changement de la destination figurant sur le billet.

Toutefois :

- pour les garanties "En cas d'hospitalisation" et "Garde d'enfant malade au domicile", **ALPTIS ASSISTANCE** se réserve un délai maximum de 5 heures, à compter des heures d'ouverture des réseaux d'assistantes maternelles agréées, d'aides à domicile ou des réseaux de gardiennage, pour répondre à votre demande.
- pour la garantie "Ecole à domicile", **ALPTIS ASSISTANCE** se réserve un délai maximum de 48 heures à compter de votre appel, pour rechercher et acheminer un répétiteur.

EXCLUSIONS GÉNÉRALES

Outre les exclusions particulières figurant au niveau de chaque garantie, ainsi que les éventuelles exclusions figurant dans les définitions, ne sont pas assurées les conséquences des circonstances et événements suivants :

- les dommages de toute nature, décidés, causés ou provoqués par le bénéficiaire ou avec sa complicité, ou consécutifs à une négligence caractérisée, ou une faute intentionnelle ou dolosive du bénéficiaire (article L. 113-1 alinéa 2 Code des assurances), sauf les cas de légitime défense ou d'assistance à personne en danger ;
- le suicide ou la tentative de suicide du bénéficiaire ;
- les dommages consécutifs à :
 - la consommation d'alcool par le bénéficiaire et/ou,
 - l'absorption par le bénéficiaire de médicaments, drogues ou substance stupéfiante mentionnée au Code de la santé publique, non prescrits médicalement ;
- sauf dispositions contraires figurant dans les garanties, les dommages résultant de la guerre, civile ou étrangère, des actes de terrorisme, des émeutes, mouvements populaires, coups d'état, prises d'otage, ou de la grève ;
- l'application civile ou militaire de la réaction nucléaire, c'est-à-dire les transformations du noyau de l'atome, le transport et le traitement des déchets radioactifs, l'utilisation d'une source ou d'un corps radioactif, l'exposition à des radiations ionisantes, la contamination de l'environnement par des agents radioactifs, l'accident ou dysfonctionnement survenu sur un site opérant des transformations du noyau de l'atome ;

En outre, sont également exclues les conséquences :

- des situations à risques infectieux en contexte épidémique ;
- de l'exposition à des agents biologiques infectants, chimiques type gaz de combat, incapacitants, radioactifs, neurotoxiques ou à effets neurotoxiques rémanents, qui font l'objet d'une mise en quarantaine ou de mesures préventives ou de surveillances spécifiques ou de recommandations de la part des autorités sanitaires internationales ou des autorités sanitaires locales ;
- de la pollution naturelle et/ou humaine ;
- les maladies et les accidents et leurs conséquences avérées/constituées (ou) en cours de traitement antérieurement à la date d'effet du contrat.

NON-EXÉCUTION DUE À DES CIRCONSTANCES EXCEPTIONNELLES

ALPTIS ASSISTANCE ne peut être tenue pour responsable ni de la non-exécution ni des retards provoqués par tous les cas de force majeure ou d'événements tels que grèves, émeutes, instabilité politique notoire, représailles, embargos, sanctions économiques, mouvements populaires, restrictions de la libre circulation des biens et des personnes, sabotage, terrorisme, guerre civile ou étrangère, conséquences des effets d'une source de radioactivité, catastrophes naturelles ou de tout autre cas fortuit.

INFORMATIONS DIVERSES

ORGANISMES DE CONTRÔLE

L'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), 4 Place de Budapest - CS 92459 - 75436 PARIS CEDEX 09, est chargée du contrôle de AWP France SAS, de Fragonard Assurances, d'Alptis Assurances, du Groupe Special Lines et de Groupama Rhône-Alpes Auvergne.

PROTECTION DES DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL

Le traitement de données à caractère personnel est régi par la loi "Informatique et libertés" du 6 janvier 1978 modifiée et le Règlement UE 2016/679 du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données.

Responsable du traitement des données

Fragonard Assurances est responsable du traitement de données à caractère personnel, tel que défini par la législation et la réglementation applicables en matière de protection des données.

Données collectées

Les différents types de données personnelles sont collectées et traitées conformément à ce qui suit :

- les données relatives à l'identification des personnes parties, intéressées ou intervenantes au contrat et
- toute autre donnée nécessaire à la passation et/ou l'exécution du contrat.

Dans ce cadre, les “données personnelles sensibles” pourront être collectées et traitées.

En souscrivant le présent contrat, le Bénéficiaire s’engage à communiquer les informations figurant dans cet article à tout tiers pour lequel toute donnée personnelle pourrait nous être transmise (ex. les autres assurés, les bénéficiaires, les tiers impliqués dans le sinistre, les personnes à prévenir en cas d’urgence, etc.), et il accepte de ne pas communiquer ces informations autrement.

Collecte et traitement de données

Les données personnelles transmises par le Bénéficiaire et celles reçues de tiers (comme expliqué plus bas), sont collectées et traitées pour un certain nombre de finalités et sous réserve du consentement exprès du Bénéficiaire, à moins que ce dernier ne soit pas exigé par les lois et réglementations applicables, comme indiqué ci-après :

Finalité	Consentement exprès ?
Devis et souscription du contrat d’assurance	Non, dans la mesure où ces activités de traitement sont nécessaires pour exécuter le contrat d’assurance auquel le Bénéficiaire est partie et prendre les mesures nécessaires préalablement à la conclusion de ce contrat.
Administration du contrat d’assurance (ex. : traitement des réclamations, devis, souscription)	Oui, si nécessaire. Toutefois, dans les cas où les données personnelles doivent être traitées dans le cadre du traitement de la réclamation, le consentement exprès du Bénéficiaire, ne sera pas sollicité.
Pour mener des enquêtes de qualité sur les services fournis, afin d’évaluer le niveau de satisfaction du Bénéficiaire et de l’améliorer	Non. Le responsable du traitement a un intérêt légitime à contacter le Bénéficiaire après avoir géré une demande ou après avoir fourni une prestation afin de s’assurer que ses obligations contractuelles ont été exécutées d’une manière satisfaisante. Toutefois, le Bénéficiaire a le droit de s’y opposer en contactant comme cela est expliqué dans la section 9 ci-dessous.
Pour satisfaire à toutes les obligations légales (par exemple, celles qui découlent des lois sur les contrats d’assurance et les activités d’assurance, des règlements sur les obligations fiscales, comptables et administratives)	Non, dans la mesure où ces activités de traitement sont expressément et légalement autorisées.
À des fins de vérification, pour se conformer aux obligations légales ou aux procédures internes	Non. Le responsable du traitement peut traiter les données du Bénéficiaire dans le cadre d’audits internes ou externes requis soit par la loi, soit par ses procédures internes. Il ne sollicitera pas le consentement du Bénéficiaire au titre de ces traitements s’ils sont justifiés en vertu de la réglementation en vigueur ou au titre de son intérêt légitime. Toutefois, Le responsable du traitement s’assurera que seules les données à caractère personnel strictement nécessaires seront utilisées et qu’elles seront traitées en toute confidentialité. Les audits internes sont généralement réalisés par la société mère du responsable du traitement.
Pour réaliser des analyses statistiques et qualitatives sur la base des données et du taux de demandes d’indemnisation	Si le responsable du traitement réalise l’une de ces activités de traitement, il le fera en anonymisant les données personnelles. En conséquence, les données anonymisées ne sont plus considérées comme des données “à caractère personnel” et le consentement du Bénéficiaire n’est plus requis.
Au titre de la prévention et de la lutte contre la fraude, le blanchiment d’argent et le respect de la réglementation applicable aux sanctions économiques, y compris, le cas échéant, par exemple, la comparaison entre vos informations et celles figurant sur les précédentes demandes, ou la vérification des systèmes courants de déclaration de sinistre	Non. Il est entendu que la détection et la de lutte contre la fraude, le blanchiment d’argent et le respect de la réglementation applicable aux sanctions économiques constituent un intérêt légitime du responsable du traitement. Par conséquent, il est en droit de traiter les données du Bénéficiaire à cette fin sans avoir à recueillir son consentement.

Comme mentionné plus haut, pour les finalités énumérées précédemment, les données personnelles traitées sont reçues du partenaire commercial de Fragonard Assurances : **Alptis**.

Concernant les finalités mentionnées précédemment pour lesquelles il est indiqué que le consentement exprès du Bénéficiaire n’est pas requis ou dans les cas où le responsable du traitement aurait besoin de ces données personnelles dans le cadre de la souscription du contrat d’assurance et/ou de la gestion de sinistre, les données personnelles sont traitées sur la base des intérêts légitimes du responsable du traitement et/ou conformément à ses obligations légales.

Les données personnelles du Bénéficiaire seront nécessaires pour tout achat de produits et services. Si le Bénéficiaire ne souhaite pas fournir ces données, le responsable du traitement ne sera pas en mesure de garantir l’accès aux produits et services demandés ou susceptibles d’intéresser le Bénéficiaire, ou encore de lui proposer des offres adaptées à ses exigences spécifiques.

Accès aux données

Dans le cadre des finalités énoncées, les données personnelles du Bénéficiaire pourront être divulguées aux parties suivantes agissant en tant que :

- tiers, responsables du traitement des données : organismes du secteur public, autres sociétés du groupe, autres assureurs, réassureurs ;
- préposés au traitement des données, opérant sous la responsabilité de Fragonard Assurances :
 - autres sociétés du groupe dont AWP France SAS, consultants techniques, experts, avocats, experts en sinistres, réparateurs, prestataires, médecins et sociétés de services délégués des opérations d’AWP France SAS (réclamations, informatique, services postaux, gestion de documents).

En définitive, les données personnelles du Bénéficiaire pourront être partagées dans les cas suivants :

- dans les cas envisagés ou réels de réorganisation, fusion, vente, coentreprise, cession, transfert ou autre disposition de tout ou partie de l’activité de Fragonard Assurances, de ses actifs ou de ses titres (notamment dans le cadre de procédures en insolvabilité ou autres procédures similaires) ; et
- afin de se conformer à toute obligation légale, y compris aux obligations résultant des décisions du médiateur dans le cas où le Bénéficiaire présenterait une réclamation concernant l’un de produits ou services de Fragonard Assurances.

Transfert des données

Les données personnelles du Bénéficiaire pourront être traitées aussi bien à l'intérieur qu'à l'extérieur de l'Union Européenne (UE) par les parties spécifiées dans la section "Accès aux données", toujours sous réserve des restrictions contractuelles relatives à la confidentialité et à la sécurité, conformément à la législation et à la réglementation applicables en matière de protection des données. Les données personnelles ne sont pas divulguées à des parties non autorisées à les traiter.

Chaque transfert des données personnelles en vue de leur traitement en dehors de l'UE par une autre société du groupe auquel appartient Fragonard Assurances, sera effectué sur la base des règles internes d'entreprise approuvées par l'Autorité de régulation dont dépend le groupe, établissant des règles adéquates de protection des données personnelles et contraignant juridiquement l'ensemble des sociétés du groupe. Le Bénéficiaire peut prendre connaissance de ces règles internes d'entreprise et des pays concernés, en dehors de l'UE en contactant AWP France SAS comme indiqué dans la section "Contact". Lorsque les règles internes d'entreprise ne s'appliquent pas, des mesures seront prises afin de garantir que le transfert des données personnelles hors UE soit effectué selon le niveau de protection adéquat, au même titre que s'il s'agissait d'un transfert à l'intérieur de l'UE. Le Bénéficiaire peut prendre connaissance des mesures de protection mises en œuvre pour ce type de transferts (clauses contractuelles types, par exemple) en contactant AWP France SAS comme indiqué plus bas.

Droits relatifs aux données personnelles

Lorsque la loi ou la réglementation en vigueur le permet, le Bénéficiaire a le droit :

- d'accéder à ses données personnelles et de connaître leur provenance, les objectifs et finalités du traitement de ces données, les informations concernant le(s) responsable(s) du traitement des données, le(s) préposé(s) au traitement des données et les destinataires des données potentiellement divulguées ;
- de retirer son consentement à tout moment, dans les cas où celui-ci est requis pour le traitement de ses données personnelles ;
- de mettre à jour ou de rectifier ses données personnelles afin qu'elles soient toujours exactes ;
- de supprimer ses données personnelles de systèmes du responsable du traitement si leur conservation n'est plus nécessaire dans le cadre des finalités indiquées précédemment ;
- de restreindre le traitement de ses données personnelles dans certaines circonstances ;
- de s'opposer au traitement de ses données personnelles par les services d'AWP France SAS, ou de solliciter l'arrêt du traitement desdites données ;
- d'obtenir ses données personnelles au format électronique, pour son usage personnel ou celui de son nouvel assureur ; et
- de déposer une plainte auprès du responsable du traitement et/ou de l'autorité de protection des données compétente - Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL).

Le Bénéficiaire peut exercer ces droits en contactant AWP France SAS comme indiqué plus bas.

Le Bénéficiaire est informé de l'existence de la liste d'opposition au démarchage téléphonique "Bloctel" sur laquelle il peut s'inscrire : <https://conso.bloctel.fr/>.

Durée de conservation des données

Les données personnelles du Bénéficiaire ne sont conservées que pendant la durée nécessaire aux fins indiquées dans la présente déclaration de confidentialité puis elles seront supprimées ou anonymisées une fois qu'elles ne sont plus nécessaires. Ci-dessous figurent quelques-unes des durées de conservation applicables aux finalités indiquées à la section 3 ci-dessus.

- Pour une durée de cinq (5) ans à compter de la date de fin du contrat d'assurance.
- En cas de sinistre – cinq (5) ans à compter du règlement du sinistre.
- En cas de sinistre avec dommages corporels – dix (10) ans à compter du sinistre.
- Pour toute information sur les réclamations – cinq (5) ans à compter de la réception de la réclamation.
- Pour toute information sur le contrat – cinq (5) ans à compter de l'expiration, de la résiliation, ou de l'annulation.

Toutefois, des obligations ou des événements spécifiques supplémentaires peuvent parfois annuler ou modifier ces durées, tels que des litiges ou des enquêtes réglementaires en cours, qui peuvent remplacer ou suspendre ces durées jusqu'à ce que l'affaire soit close et que le délai applicable d'examen ou d'appel ait expiré. En particulier, les durées de conservation basées sur des prescriptions dans le cadre d'actions en justice peuvent être suspendues puis reprendre par la suite.

Contact

Pour toute question concernant l'utilisation des données personnelles, le Bénéficiaire peut contacter AWP France SAS par e-mail ou par courrier postal :

AWP France SAS

Département Protection des Données Personnelles

7 rue Dora Maar - 93400 Saint-Ouen

E-mail : informations-personnelles@votreassistance.fr

Dans le cadre de sa politique de maîtrise des risques et de la lutte anti-fraude, Fragonard Assurances se réserve le droit de procéder à tout contrôle des informations et de saisir, si nécessaire, les autorités compétentes conformément à la législation en vigueur.

EXAMEN DES RÉCLAMATIONS ET MÉDIATION DANS LE CADRE DE LA GARANTIE D'ASSISTANCE

Pour les prestations d'assistance, les coordonnées du Médiateur sont les suivantes : <http://www.mediation-assurance.org>

La Médiation de l'Assurance (LMA) - TSA 50110 - 75441 Paris Cedex 09

Fragonard Assurances, entreprise adhérente de la LMA propose un dispositif permettant aux Bénéficiaires et aux tiers de bénéficier d'une procédure de médiation pour le règlement de leurs litiges. Ce dispositif est défini par les 10 règles de la Charte de la Médiation de l'Assurance.

EXAMEN DES RÉCLAMATIONS ET MÉDIATION DANS LE CADRE DE LA GARANTIE EXONERATION DES COTISATIONS

En cas de difficulté dans l'application du contrat, l'adhérent peut adresser une réclamation à Alptis Assurances, au travers de l'un des canaux de contacts suivants :

- dépôt d'un formulaire de réclamation en ligne, au sein de son espace personnel sécurisé (Espace adhérent), accessible à l'adresse suivante : <https://www.alptis.org/assurance/espace-adherent/> ;
- courrier adressé au Service Client d'Alptis Assurances - 25, cours Albert Thomas - 69003 Lyon, en précisant son numéro d'adhérent.

Alptis Assurances en accusera réception dans un délai maximum de 10 jours ouvrables (sauf si une réponse a pu être apportée à l'adhérent au cours de ce délai) et répondra à l'adhérent dans un délai maximum de 2 mois après réception, sauf circonstances exceptionnelles qui lui seraient alors exposées.

En cas de désaccord sur la réponse apportée, l'adhérent pourra saisir le Médiateur, dont les coordonnées lui seront transmises par les services d'Alptis Assurances. Exerçant sa mission gratuitement et en toute indépendance, le Médiateur ne peut intervenir qu'après épuisement des procédures internes de règlement des litiges opposant un particulier à l'assureur et à la condition qu'aucune action contentieuse n'ait été engagée. Après avoir instruit le dossier, le Médiateur rend un avis motivé dans les trois mois. Cet avis ne lie pas les parties.

Les modalités de traitement des réclamations sont disponibles sur le site Internet d'Alptis Assurances, à l'adresse www.alptis.org (rubrique "Tous mes contacts / Faire une réclamation").

ATTRIBUTION DE JURIDICTION

Tout différend touchant à l'interprétation ou à l'exécution de la présente convention sera porté devant le Tribunal compétent.

Alptis Assurances

Intermédiaire d'assurance, gestionnaire du contrat

25, cours Albert Thomas - 69445 LYON CEDEX 03 • Tél. : 04 72 36 16 20 • Fax : 04 72 36 16 73 • Internet : www.alptis.org

Société par Actions Simplifiée au capital de 10 000 000 € - RCS Lyon 335 244 489 - N° ORIAS : 07 005 850 - www.orias.fr - N° TVA : FR37335244489

Assurance de responsabilité civile professionnelle et garantie financière conformes au Code des assurances

AWP France SAS

7, rue Dora Maar - 93400 SAINT-OUEN - RCS 490 381 753 Bobigny - SIRET : 490 381 753 00055 - Société par actions simplifiée au capital de 7 584 076,86 euros

Société de courtage d'assurances - Inscription ORIAS 07 026 669 - <http://www.orias.fr>, ci-avant dénommée ALPTIS ASSISTANCE

Fragonard Assurances

2, rue Fragonard - 75807 PARIS CEDEX 17 - Société Anonyme au capital de 37 207 660 € - 479 065 351 RCS Paris - Siret : 479 065 351 00013

Entreprise régie par le Code des assurances

Groupama Rhône-Alpes Auvergne

Caisse régionale d'Assurances Mutuelles Agricoles de Rhône-Alpes Auvergne, 50 rue de Saint-Cyr, 69251 Lyon cedex 09 - N° de SIRET 779 838 366 000 28, Entreprise régie par le Code des Assurances et soumise à l'Autorité de Contrôle Prudential et de Résolution, 4 Place de Budapest, CS 92459, 75436 Paris cedex 09 - Représentée par Groupe Special Lines, en qualité d'agence de souscription spécialisée, 6-8 rue Jean Jaurès, 92800 Puteaux - S.A.S. au capital de 100 000 EUR dont Groupama Rhône-Alpes Auvergne détient plus de 10 % des parts et des droits de vote - 820 232 163 R.C.S. Nanterre - Intermédiaire immatriculé à l'ORIAS sous le n° 16003981 (<http://www.orias.fr>) - Sous le contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudential et de Résolution, 4 Place de Budapest, CS 92459, 75436 Paris cedex 09



Notice d'information

Protection Juridique Santé des Frontaliers

*"Pour sa Santé, pouvoir compter
sur les conseils de Professionnels
du Droit, c'est important !"*

Le présent document constitue la notice d'information du contrat Alptis Protection Juridique Santé des Frontaliers n° 01 ALPTIS 002.

Réf : **PJSF**

Il a été conclu entre :

- d'une part, l'association Alptis Frontaliers dont le siège social est situé 25, cours Albert Thomas - 69445 LYON CEDEX 03, association régie par la loi de 1901,
 - et d'autre part, CFDP Assurances (Compagnie Française de Défense et de Protection) dont le siège social est situé Immeuble l'Europe - 62 rue de Bonnel - 69003 LYON, entreprise régie par le Code des assurances,
- le contrat d'assurance de groupe de Protection Juridique Santé des Frontaliers n° 01 ALPTIS 002.

Ce contrat est ouvert aux membres de l'association Alptis Frontaliers.

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.

"Vous avez été victime d'une agression et avez subi un traumatisme à la fois physique et psychologique..."

Après une opération de routine, des complications surviennent : l'établissement de soins conteste son implication..."

Écoute et renseignements juridiques, un seul numéro  N° Indigo 0 821 444 557

0,12 € TTC / MN

CFDP ASSURANCES INTERVIENT

Vous êtes victime d'une agression ou d'une atteinte accidentelle à votre intégrité physique et/ou morale et souhaitez être assisté et faire valoir vos droits à l'encontre de l'auteur responsable de votre préjudice.

Vous avez été victime d'une erreur médicale, d'un retard ou d'une erreur de diagnostic, d'une infection nosocomiale ou d'un défaut de conseil d'un praticien à l'occasion d'une maladie, d'une hospitalisation, ou de tous soins ou examens médicaux et souhaitez être assisté et faire valoir vos droits face à :

- un établissement de soins public ou privé ;
- un professionnel de santé ;
- l'ONIAM (Office National d'Indemnisation des Accidents Médicaux).

CFDP ASSURANCES S'ENGAGE

- **A vous écouter** et vous fournir des renseignements juridiques.
- **A vous recevoir** sur simple rendez-vous.
- **A vous informer** sur vos droits et les mesures nécessaires à la sauvegarde de vos intérêts.
- **A vous conseiller** sur la conduite à tenir devant un différend.
- **A vous aider** à réunir les pièces et témoignages nécessaires à la constitution de votre dossier de réclamation ou de défense et à effectuer les démarches nécessaires pour obtenir une solution négociée et amiable.
- **A vous faire assister et soutenir** par des Experts qualifiés tels que des notaires, des médecins, des psychologues ou autres consultants quand la spécificité de la matière le nécessite. L'Expert vous assistera et rendra si besoin une consultation écrite après vous avoir entendu. Cet avis consultatif destiné à étayer votre réclamation ou votre défense vous sera communiqué. CFDP Assurances prend en charge les frais et honoraires de cet Expert dans la limite des montants contractuels de prise en charge.

Et lorsque toute tentative de transaction sur un terrain amiable a échoué ou lorsque votre adversaire est assisté par un avocat :

- **A vous faire représenter** par l'auxiliaire de justice de votre choix.
- **A prendre en charge, dans la limite des montants contractuels garantis :**
 - les frais et honoraires des avocats et experts,
 - les frais de procès comprenant notamment les frais d'huissiers, d'expertise judiciaire, la taxe d'appel.

• **A organiser votre défense judiciaire en respectant le libre choix de votre défenseur.**

Conformément à l'article L.127-3 du Code des assurances, lorsque vous faites appel à un avocat ou toute autre personne qualifiée par la législation ou la réglementation en vigueur pour vous défendre, vous représenter ou servir vos intérêts, Vous avez la liberté de le choisir.

Vous choisissez donc en toute liberté et indépendance l'avocat chargé de vos intérêts ; CFDP Assurances intervient seulement pour donner son accord sur le principe de la saisine mais ne désigne pas d'avocat à votre place.

Si vous n'en connaissez pas, vous pouvez vous rapprocher de l'Ordre des Avocats du barreau compétent ou demander par écrit à CFDP Assurances de vous communiquer les coordonnées d'un avocat. Vous avez la maîtrise de la direction du procès en concertation avec l'avocat que vous avez choisi.

Lors de la saisine de l'avocat, celui-ci est tenu, en application des règles déontologiques de sa profession, de vous faire signer une convention d'honoraires afin de vous informer des modalités de détermination de ses honoraires et de l'évolution prévisible de leur montant.

Par principe, vous faites l'avance des frais et honoraires et CFDP Assurances vous rembourse sur justificatifs le montant des factures réglées dans la limite des montants contractuels garantis. Si la convention d'honoraires le prévoit ou si vous en faites la demande, CFDP Assurances peut procéder directement au règlement de la facture adressée par l'avocat, et ce dans la limite des montants contractuels garantis.

Qu'il s'agisse d'un paiement direct ou d'un remboursement, le règlement de CFDP Assurances sera effectué au plus tard trente (30) jours après réception des justificatifs et interviendra Toutes Taxes Comprises.

- **A vous répondre et traiter votre demande, dans toutes les hypothèses, dans les trois (3) jours ouvrables.**

PLAFONDS, FRANCHISES ET SEUILS D'INTERVENTION

	France	Suisse	Autres pays
Plafond maximum de prise en charge TTC par litige	31 017 €	100 491 CHF	3 000 € ou équivalent
• dont Démarches amiables	517 €	1 675 CHF	
• dont Expertise Judiciaire	2 585 €	4 187 CHF	
Seuil d'intervention	0 €	0 CHF	0 €
Franchise	0 €	0 CHF	0 €

MONTANTS CONTRACTUELS DE PRISE EN CHARGE POUR LES LITIGES DÉPENDANT DES JURIDICTIONS FRANÇAISES (en € TTC)

Consultation d'Experts (notaires, médecins, psychologues, experts d'assurés, consultants)	362	Tribunal d'Instance Juridiction de proximité	775,50
Démarches amiables d'un avocat : • Intervention amiable • Protocole ou transaction	103,50 310,50	Tribunal de Grande Instance Tribunal Administratif Tribunal des Affaires de Sécurité sociale Autres juridictions du 1 ^{er} degré	1 034
Assistance préalable à toute procédure pénale Assistance à une instruction ou à une expertise judiciaire	362	Référé Référé d'heure à heure	620,50 775,50
Expertise amiable	1 034	Ordonnance du Juge de la mise en état	620,50
Démarche au parquet (forfait)	119	Ordonnance sur requête (forfait)	414
Médiation conventionnelle ou judiciaire	517	Cour d'Appel	1 034
Tribunal de Police	517	Recours devant le 1 ^{er} Président - Cour d'Appel	517
Tribunal Correctionnel	827,50	Cour de Cassation Conseil d'État Cour d'Assises	1 758
Commissions diverses	517	Juge de l'Exécution	620,50

MONTANTS CONTRACTUELS DE PRISE EN CHARGE POUR LES LITIGES DÉPENDANT DES JURIDICTIONS SUISSES (en CHF TTC)

Consultation d'Experts (notaires, médecins, psychologues, experts d'assurés, consultants)	810
Démarches amiables d'un avocat : • Consultation • Intervention amiable • Protocole ou transaction	810 486 810
Expertise amiable	1 675
<u>Tribunaux civils dont</u> : • Juge de Paix (matière civile ≤ CHF 4000) • Tribunal de 1 ^{ère} instance • Tribunal de commerce • Tribunal des baux • Prud'hommes <u>Tribunaux pénaux dont</u> : • Tribunaux économiques • Tribunaux des mineurs <u>Tribunaux administratifs dont</u> : • Tribunaux des assurances	3 241
Tribunal cantonal / Cour suprême cantonale	3 241
Tribunal fédéral	3 241
Emoluments forfaitaires, frais de procédure	4 500

Les montants sont cumulables et représentent le maximum des engagements par intervention ou juridiction. Ces montants comprennent les frais habituels à la gestion d'un dossier (frais de copie, de téléphone, de déplacement, etc) et constituent la limite de prise en charge même si vous changez d'avocat. Les honoraires sont réglés une fois la prestation effectuée.

VOUS VOUS ENGAGEZ

- **A déclarer le sinistre** à CFDP Assurances dès que vous en avez connaissance sauf cas de force majeure, afin que CFDP Assurances puisse défendre au mieux vos intérêts. CFDP Assurances ne peut néanmoins vous opposer une déchéance de garantie pour déclaration tardive que s'il est prouvé que le retard dans la déclaration lui a causé un préjudice. Vous devez préciser la nature et les circonstances de votre litige ou différend et transmettre toutes les informations utiles telles que avis, lettres, convocations, actes d'huissier, éventuelles assignations...
- **A relater les faits** et circonstances avec la plus grande précision et sincérité.
- **A fournir dans les délais prescrits par la loi ou les règlements tous documents à caractère obligatoire.**
- **A établir par tous moyens la réalité du préjudice** que vous alléguiez. **CFDP Assurances ne prend jamais en charge les frais de rédaction d'actes, d'expertises, les constats d'huissier, les frais liés à l'obtention de témoignages, d'attestations ou de toutes autres pièces justificatives destinées à constater ou à prouver la réalité de votre préjudice, à identifier ou à rechercher votre adversaire, diligentés à titre conservatoire ou engagés à votre initiative.**
- **A ne prendre aucune initiative sans concertation préalable avec CFDP Assurances.** Si vous prenez une mesure, de quelque nature qu'elle soit, mandatez un avocat ou tout autre auxiliaire de justice, expert ou sachant, avant d'en avoir avisé CFDP Assurances et obtenu son accord écrit, les frais exposés restent à votre charge. Néanmoins, si vous justifiez d'une situation d'urgence caractérisée nécessitant la prise immédiate d'une mesure conservatoire, CFDP Assurances vous remboursera, dans la limite des montants contractuels garantis, les frais et honoraires des intervenants que vous avez mandatés sans avoir obtenu son accord préalable.

L'APPLICATION DE LA GARANTIE DANS LE TEMPS

LA DURÉE DE LA GARANTIE

La garantie du contrat prend effet dès l'adhésion au contrat et est applicable pendant toute la durée de l'adhésion, sauf pendant les périodes de suspension du contrat d'assurance santé souscrit auprès de l'association Alptis Frontaliers.

LA 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 L. 114-1 du Code des assurances :

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 ne court pas, ou est suspendue contre celui qui est dans l'impossibilité d'agir par suite d'un empêchement résultant de la loi, de la convention ou de la force majeure.

Article L.114-2 du Code des assurances :

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.

***Causes ordinaires d'interruption de la prescription pour les organismes relevant du code des assurances.**

En application de ces dispositions, constituent des causes ordinaires d'interruption de la prescription :

- la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait en l'espèce, par exemple, la reconnaissance de l'organisme assureur du droit de la garantie contestée (article 2240 du Code civil) ;
- l'exercice d'une action en justice, même en référé, y compris lorsque l'action 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 2241 du Code civil) ;
- une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée [commandement de payer, saisie... (article 2244 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.

À noter que l'interpellation faite à l'un des héritiers d'un débiteur solidaire ou la reconnaissance de cet héritier, n'interrompt le délai de prescription que pour la part de cet héritier (article 2245 du Code civil) ;

- l'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance pour les cas de prescription applicables aux cautions (article 2246 du Code civil).

La prescription est également interrompue en cas de saisine du médiateur.

Un nouveau délai de deux (2) ans court à compter de l'acte interruptif de prescription, il peut être suspendu ou interrompu dans les mêmes conditions que le premier.

L'APPLICATION DE LA GARANTIE DANS L'ESPACE

La garantie s'exerce en France et en Suisse.

CFDP ASSURANCES N'INTERVIENT JAMAIS POUR

- LES LITIGES OU DIFFÉRENDS TROUVANT LEUR ORIGINE DANS UNE CATASTROPHE NATURELLE AYANT FAIT L'OBJET D'UN ARRÊTÉ MINISTÉRIEL OU PRÉFECTORAL, UNE GUERRE CIVILE OU ÉTRANGÈRE, UNE ÉMEUTE, UN MOUVEMENT POPULAIRE, UNE MANIFESTATION, UNE RIXE, UN ATTENTAT, UN ACTE DE VANDALISME, DE SABOTAGE OU DE TERRORISME ;

- LES LITIGES OU DIFFÉRENDS EN RAPPORT AVEC UNE VIOLATION INTENTIONNELLE DES OBLIGATIONS LÉGALES OU INCONTESTABLES, UNE FAUTE, UN ACTE FRAUDULEUX OU DOLOSIF QUE VOUS AVEZ COMMIS VOLONTAIREMENT CONTRE LES BIENS ET LES PERSONNES EN PLEINE CONSCIENCE DE LEURS CONSÉQUENCES DOMMAGEABLES ET NUISIBLES ;
- LES LITIGES OU DIFFÉRENDS RELEVANT D'UNE GARANTIE DUE PAR UNE COMPAGNIE D'ASSURANCE DOMMAGES OU RESPONSABILITÉ CIVILE (SAUF OPPOSITION D'INTÉRÊT OU REFUS INJUSTIFIÉ D'INTERVENIR DE CELLE-CI) AINSI QUE CEUX RELEVANT DU DÉFAUT DE SOUSCRIPTION PAR VOUS D'UNE ASSURANCE OBLIGATOIRE ;
- LES LITIGES OU DIFFÉRENDS DONT LES MANIFESTATIONS INITIALES SONT ANTÉRIEURES ET CONNUES DE VOUS À LA PRISE D'EFFET DE L'ADHÉSION AU CONTRAT OU QUI PRÉSENTENT UNE PROBABILITÉ D'OCCURRENCE À L'ADHÉSION,
- LES LITIGES OU DIFFÉRENDS SURVENANT LORSQUE VOUS ÊTES EN ÉTAT D'IVRESSE PUBLIC ET MANIFESTE OU LORSQUE LE TAUX D'ALCOOLÉMIÉ EST ÉGAL OU SUPÉRIEUR À CELUI LÉGALEMENT ADMIS DANS LE PAYS OÙ A LIEU LE SINISTRE, OU SOUS L'INFLUENCE DE SUBSTANCES OU DE PLANTES CLASSÉES COMME STUPÉFIANTS OU LORSQUE VOUS REFUSEZ DE VOUS SOUMETTRE A UN DÉPISTAGE ;
- LES LITIGES OU DIFFÉRENDS DU TRAVAIL OU RELATIFS À L'EXPRESSION D'OPINIONS POLITIQUES, RELIGIEUSES, PHILOSOPHIQUES OU SYNDICALES ;
- LE DROIT DES PERSONNES (LIVRE 1^{ER} DU CODE CIVIL), LES SUCCESSIONS, LIBÉRALITÉS ET RÉGIMES MATRIMONIAUX ;
- LE RECOUVREMENT DE VOS CRÉANCES ;
- LES LITIGES OU DIFFÉRENDS VOUS OPPOSANT À L'ASSOCIATION ALPTIS FRONTALIERS.

CFDP ASSURANCES NE PREND JAMAIS EN CHARGE

- LES FRAIS ENGAGÉS SANS SON ACCORD PRÉALABLE.
- LES AMENDES, LES CAUTIONS, LES ASTREINTES, LES INTÉRÊTS ET PÉNALITÉS DE RETARD.
- TOUTE SOMME DE TOUTE NATURE À LAQUELLE VOUS POURRIEZ ÊTRE CONDAMNÉ À TITRE PRINCIPAL ET PERSONNEL.
- LES FRAIS ET DÉPENS EXPOSÉS PAR LA PARTIE ADVERSE ET QUE VOUS DEVEZ SUPPORTER PAR DÉCISION JUDICIAIRE.
- LES SOMMES AU PAIEMENT DESQUELLES VOUS POURRIEZ ÊTRE ÉVENTUELLEMENT CONDAMNÉ AU TITRE DES ARTICLES 700 DU CODE DE PROCÉDURE CIVILE, 375 ET 475-1 DU CODE DE PROCÉDURE PÉNALE, L. 761-1 DU CODE DE LA JUSTICE ADMINISTRATIVE, AINSI QUE LEURS ÉQUIVALENTS DEVANT LES JURIDICTIONS SUISSES OU ÉTRANGÈRES.
- LES SOMMES DONT VOUS ÊTES LÉGALEMENT REDEVABLE AU TITRE DE DROITS PROPORTIONNELS.
- LES HONORAIRES DE RÉSULTAT.

LA PROTECTION DE VOS INTÉRÊTS

LE SECRET PROFESSIONNEL

Article L.127-7 du Code des assurances : les personnes qui ont à connaître des informations que vous communiquez pour les besoins de votre cause, dans le cadre du contrat, sont tenues au secret professionnel.

L'OBLIGATION À DÉSISTEMENT

Toute personne, chargée d'une prestation juridique, qui a un intérêt direct ou indirect à son objet, doit se désister.

L'EXAMEN DE VOS RÉCLAMATIONS - LA MÉDIATION

Toute réclamation concernant le Contrat, sa distribution ou le traitement d'un Litige, peut être formulée :

- par priorité auprès de votre interlocuteur habituel,
- et si sa réponse ne Vous satisfait pas, auprès du Service Relation Client de l'Assureur :
- par courrier à CFDP Assurances - Service Relation Client - immeuble L'Europe - 62 rue de Bonnel - 69003 LYON,
- ou par mail à relationclient@cfdp.fr

A compter de la réception de la réclamation, l'Assureur s'engage à en accuser réception sous dix (10) jours ouvrables, et, en tout état de cause, à la traiter dans un délai maximum de deux (2) mois.

Si aucune solution n'est trouvée, Vous pouvez saisir gratuitement le Médiateur de la consommation dont Vous trouverez ci-après les coordonnées :

- La Médiation de l'Assurance - TSA 50110 - 75441 PARIS CEDEX 09,
- www.mediation-assurance.org/Saisir+le+mediateur.

LE DÉSACCORD OU L'ARBITRAGE

Article L. 127-4 du Code des assurances : en cas de désaccord entre vous et CFDP Assurances au sujet de mesures à prendre pour régler un litige ou différend, cette difficulté peut être soumise à l'appréciation d'une tierce personne désignée d'un commun accord par les parties ou, à défaut, par le Président du Tribunal de Grande Instance statuant en la forme des référés. Les frais exposés pour la mise en œuvre de cette faculté sont à la charge de CFDP Assurances ; toutefois, le Président du Tribunal de Grande Instance, statuant en la forme des référés, peut en décider autrement lorsque vous avez mis en œuvre cette faculté dans des conditions abusives. Si vous avez engagé à vos frais une procédure contentieuse et obtenez une solution plus favorable que celle qui vous avait été proposée par CFDP Assurances ou par la tierce personne mentionnée à l'alinéa précédent, CFDP Assurances vous indemnise des frais exposés pour l'exercice de cette action, dans la limite des montants contractuels garantis.

LE CONFLIT D'INTÉRÊTS

Article L. 127-5 du Code des assurances : en cas de conflit d'intérêts entre vous et CFDP Assurances ou de désaccord quant au règlement du litige ou différend, CFDP Assurances vous informe du droit mentionné à l'article L. 127-3 du Code des assurances (à savoir le libre choix de l'avocat ou de toute autre personne qualifiée par la législation ou la réglementation en vigueur pour vous défendre) et de la possibilité de recourir à la procédure mentionnée à l'article L. 127-4 du Code des assurances (à savoir le désaccord ou l'arbitrage).

PROTECTION DES DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL

Aux termes du Règlement Général sur la Protection des Données Personnelles (RGPD) et de la loi Informatique et Libertés modifiée, nous devons vous donner plus de contrôle et de transparence sur l'utilisation de vos données personnelles en vous expliquant quelles données sont collectées, dans quelle finalité, mais également comment nous les protégeons et quels sont vos droits à leur égard.

Collecte et finalités d'utilisation de vos données personnelles

Les données à caractère personnel sont recueillies par Cfdp Assurances, directement ou indirectement (par notre réseau de courtiers et partenaires). Les données collectées sont essentiellement des données d'identification et de situations familiale et professionnelle. Le traitement de ces données personnelles a pour principale finalité la passation, la gestion (y compris commerciale) et l'exécution du contrat d'assurance. Les données collectées sont également susceptibles, en tout ou partie, d'être utilisées (i) dans le cadre de contentieux éventuel (judiciaire ou arbitral), (ii) pour la lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme (LCBFT), (iii) pour le traitement des réclamations clients, (iv) plus largement afin de permettre à Cfdp Assurances de se conformer à une réglementation applicable ou encore (v) afin d'améliorer, le cas échéant, le(s) produit(s) d'assurance, d'évaluer votre situation au regard de vos besoins d'assurance, d'évaluer la qualité des produits ou services fournis (enquête qualité et de satisfaction).

Le responsable du traitement de vos données personnelles est Cfdp Assurances SA, 62 rue de Bonnel - Immeuble l'Europe - 69003 LYON.

La base juridique du traitement de vos données est fondée soit sur la gestion et l'exécution de votre contrat d'assurance, soit sur le respect de nos obligations légales et réglementaires.

Pour les finalités indiquées précédemment, tout ou partie de ces données pourront être utilisées par différents services de Cfdp Assurances et pourront le cas échéant être transmises à nos courtiers, partenaires, mandataires, réassureurs, organismes professionnels, sous-traitants missionnés ainsi qu'aux organismes d'assurance des personnes impliquées et aux organismes et autorités publics.

Localisation de vos données personnelles

Les données personnelles collectées par Cfdp Assurances sont hébergées dans l'Union Européenne. Si un transfert hors de l'Union européenne des données personnelles collectées et traitées devait être réalisé, des garanties seraient prises pour l'encadrer juridiquement et assurer un bon niveau de protection de ces données.

Durée de conservation de vos données personnelles

Ces données sont conservées durant une période maximale correspondant au temps nécessaire aux différentes opérations ci-dessus listées ou pour la durée spécifiquement prévue par la CNIL (normes pour le secteur de l'assurance) ou encore par la loi (prescriptions légales).

Vos données personnelles ne seront pas conservées plus longtemps que nécessaire pour satisfaire ces finalités.

Vos droits à la protection de vos données

Conformément à la loi sur la protection des données personnelles, vous disposez d'un droit d'accès, de modification, de rectification, d'opposition et de suppression des données vous concernant en vous adressant à l'adresse email suivante : dpd@cfdp.fr ou par courrier à Cfdp Assurances - Délégué à la Protection des Données - 62 rue de Bonnel - Immeuble l'Europe - 69003 LYON. Vous disposez également du droit à la limitation du traitement et du droit de demander le transfert de vos données (droit à la portabilité).

Pour exercer l'un quelconque de vos droits, merci de préciser vos nom, prénom et email et de joindre une copie recto-verso d'un justificatif d'identité en cours de validité (carte nationale d'identité, passeport).

Le responsable de traitement se réserve le droit de ne pas accéder à votre demande si le traitement des données est nécessaire à l'exécution du contrat, au respect d'une obligation légale ou à la constatation, l'exercice ou la défense de droits en justice.

Notre délégué à la protection des données traitera votre demande dans les meilleurs délais. En cas de désaccord persistant en lien avec la gestion de vos données personnelles, vous avez la possibilité de saisir la CNIL à l'adresse suivante : Commission Nationale Informatique et Libertés, 3 place de Fontenoy, 75007 Paris, <https://www.cnil.fr/fr/vous-souhaitez-contacter-la-cnil>, Tél : 01 53 73 22 22.

Sécurité

Nous accordons la plus haute importance à la sécurité et à l'intégrité des données personnelles de nos assurés et prospects et nous engageons à traiter vos données personnelles en ayant recours à des mesures de sécurité appropriées sur le plan technique et au niveau de l'organisation.

Pour en savoir plus sur les traitements de vos données personnelles et sur l'exercice de vos droits sur ces données nous vous invitons à consulter la page "Données Personnelles" de notre site internet www.cfdp.fr.

L'AUTORITÉ DE CONTRÔLE

L'autorité de contrôle de CFPD Assurances et d'Alptis Assurances est l'ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution), 4 Place de Budapest - 75436 PARIS CEDEX 09.

DISPOSITIONS DIVERSES

LA CESSATION DES GARANTIES

Les garanties cessent en cas de résiliation du contrat d'assurance de groupe Protection Juridique Santé des Frontaliers par l'association Alptis Frontaliers ou l'Assureur. En outre, elles prennent fin en même temps que la garantie santé Alptis Frontaliers de l'adhérent.

LA SUBROGATION

Les indemnités qui pourraient vous être allouées au titre des articles 700 du Code de Procédure Civile, 375 et 475-1 du Code de Procédure Pénale, L. 761-1 du Code de la Justice Administrative ou leurs équivalents devant les juridictions suisses ou étrangères, ainsi que les dépens et autres frais de procédure vous bénéficient par priorité pour les dépenses restées à votre charge, et subsidiairement à l'assureur dans la limite des sommes qu'il a engagées.

Alptis Assurances

Intermédiaire d'assurance, gestionnaire du contrat

25, cours Albert Thomas - 69445 LYON CEDEX 03 • Tél. : 04 72 36 16 20 • Fax : 04 72 36 16 73 • Internet : www.alptis.org

Société par Actions Simplifiée au capital de 10 000 000 € - RCS Lyon 335 244 489 - N° ORIAS : 07 005 850 - www.orias.fr - N° TVA : FR37335244489

Assurance de responsabilité civile professionnelle et garantie financière conformes au Code des assurances

CFDP Assurances

Siège social : Immeuble l'Europe - 62 rue de Bonnel - 69003 LYON

SA au capital de 1 692 240 € - RCS 958 506 156 B - Entreprise régie par le Code des assurances

ZOOM SUR VOTRE ESPACE : adherent.alptis.org

Un concentré de fonctionnalités **simples** et **intuitives** pour vous permettre de gagner du temps sur la gestion de votre contrat.



Téléchargez **vos cartes de tiers payant** à tout moment



Transmettez-nous **vos demandes et documents directement en ligne** grâce aux formulaires de contact



Suivez **le détail de vos remboursements**, par bénéficiaire, de vos devis dentaire et de vos demandes de prise en charge hospitalière



Consultez **vos courriers directement en ligne**. A chaque nouveau courrier, une alerte par mail ou SMS, c'est vous qui décidez grâce à vos préférences de communication



Consultez **vos échéances**, passées et à venir, et **réglez vos cotisations directement en ligne**, avec votre carte bancaire



Consultez, complétez, corrigez **vos informations** de contacts, vos coordonnées bancaires...



Retrouvez **le détail de vos garanties** et vos documents contractuels



Connectez-vous en toute confiance : **une connexion sécurisée** par votre numéro d'adhérent ou votre adresse mail

Retrouvez toutes ces fonctionnalités sur **Mon Alptis Mobile**



PARTICULIERS - INDÉPENDANTS - ENTREPRISES



SANTÉ



PRÉVOYANCE



ASSURANCE DE PRÊTS



ÉPARGNE RETRAITE



FINANCEMENT



Prévention - Assurance - Financement

Alptis Assurances

Intermédiaire d'assurance, gestionnaire du contrat

25, cours Albert Thomas - 69445 LYON CEDEX 03 • Tél. : 04 72 36 16 20 • Fax : 04 72 36 16 73 • Internet : www.alptis.org

Société par Actions Simplifiée au capital de 10 000 000 € - RCS Lyon 335 244 489 - N° ORIAS : 07 005 850 - www.orias.fr - N° TVA : FR37335244489

Assurance de responsabilité civile professionnelle et garantie financière conformes au Code des assurances