



L'assurance santé digitale,
concernée et engagée

Livret de l'assuré



Chers assurés et bénéficiaires,

Nous sommes heureux de vous communiquer votre livret de l'assuré, édition 2020. Ce livret est destiné à répondre à toutes vos questions, comme celles sur votre couverture assurance santé, votre accompagnement, la e-santé, le fonctionnement, le cadre légal.

Nous vous remercions d'avoir choisi KOVERS.

KOVERS est une mutuelle qui **innove pour l'accès à la santé et au bien-être**.

KOVERS rebat les cartes de la mutualisation en plaçant l'adhérent au cœur de toutes ses actions.

Basée sur des **outils digitaux et une présence réelle de conseillers en France**, KOVERS défend l'intérêt supérieur de l'assuré et renoue avec les valeurs fondatrices et originelles de la mutualisation : association d'assurés porteuse du contrat collectif, affectation de la majorité des cotisations au remboursement, accessibilité aux soins.

Grâce à Kovers eSanté, les assurés **peuvent accéder à une information médicale, un rendez-vous avec un professionnel de santé, aux soins en général et à tout moment : Kovers Mydoc permet d'avoir un médecin en ligne 6 jours/7, de 9h à 20h, et si besoin d'organiser une consultation médicale** ; avec l'outil d'intelligence artificielle et les dispositifs médicaux de santé connectée, KOVERS Check Up permet de **suivre sa santé, en autonomie ou à distance avec son médecin**. Impliqué dans le Big Data, KOVERS vous permettra bientôt d'accéder aux services augmentés du **Simulateur de dépenses**.

Avant KOVERS, jamais une mutuelle ne s'était engagée aussi loin dans l'utilisation des innovations en assurance et en santé pour donner accès à ses assurés aux services de prévention et à la construction du bien-être, en rapprochant les bénéficiaires et les acteurs de la santé sans limite de temps ni contraintes géographiques.

Avec une **tarification simplifiée, qui n'évolue pas avec l'âge**, KOVERS est la mutuelle de référence pour les familles, les actifs indépendants, les étudiants et les retraités.

Aujourd'hui, **KOVERS c'est déjà une véritable communauté** qui ne cesse de grandir, véritables ambassadeurs de son engagement et de sa capacité de remboursement. KOVERS c'est aussi une équipe de conseillers d'assurés basée en Bourgogne, présente pour accompagner les assurés au quotidien.

KOVERS est conçue à l'origine par deux associés, qui, après 20 ans passés dans l'assurance et le digital réalisent un constat simple : il est urgent d'apporter de la lisibilité sur les tarifs et les contrats d'assurance pour renouer la confiance entre les assurés et les complémentaires santé et augmenter l'accès à la santé pour tous sans discrimination de lieux ni de temps.

A la fois ruraux et urbains, les fondateurs décident d'agir en cohérence avec leurs valeurs sociétales. Ils créent un comparateur universel pour aider les assurés à trouver la meilleure assurance possible, vraisemblablement la plus mutualisée. Et, ils finissent par la créer : KOVERS est née.

Avantages

page 4

Ayant-droit

page 5

Comment ça marche ?

page 6

Modification du contrat

page 9

Contacts

page 10

Actes de prévention

page 11

Conditions générales de ventes
et notices valant CGV

page 12



Une mutuelle lisible

Des prestations évolutives pour un prix maîtrisé et une gestion simplifiée.



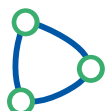
Médecine douce et non remboursée

Une couverture étendue aux actes prescrits non remboursés par votre sécurité sociale et aux nouvelles formes de médecine.



Les services d'Assistance

Vous pouvez bénéficier de nombreuses garanties d'assistance (aide ménagère, école en continu, garde animaux,...) pour vous soutenir pendant et après une hospitalisation, une maladie, un accident...



Association d'assurés Santé Cœur de Puisaye

Pour vous représenter et défendre vos intérêts dans la vie du contrat.



E-santé connectée

Service exclusif, prise en charge des objets de santé connectée prescrits par votre professionnel de santé (pour la prévention, le diagnostic ou le suivi et le traitement d'une pathologie).



Médecine à distance

le service exclusif Kovers e-santé vous permet d'accéder à votre service médical à tout moment 6 jours/7, de 9h à 20h, où que vous soyez. Disponible depuis l'application Kovers e-santé et par téléphone au 01 88 33 71 29.



Actif

Personne n'ayant pas liquidé ses droits à la retraite des régimes obligatoires, et toute personne en cumul emploi-retraite. Une personne porteuse d'un mandat électif local et bénéficiant d'une indemnisation à ce titre est considérée en situation de cumul emploi – retraite.

Étudiant

Jusqu'à 28 ans, y compris les étudiants en alternance, en apprentissage et doctorants. Ces derniers peuvent bénéficier de la dispense à l'affiliation au contrat obligatoire de leur employeur. Ils ont donc le droit de choisir leur mutuelle complémentaire santé.

Retraité

Personne ayant liquidé ses droits à la retraite des régimes obligatoires et ne bénéficiant pas du cumul emploi – retraite. Application de la loi Évin 1^{ère} et 2^{ème} année.

Enfant

Enfant de l'assuré, âgé de moins de 26 ans et à la charge fiscale de l'assuré. Ayant droit d'un souscripteur actif, y compris enfant étudiant.





Chez le médecin

Si vous avez choisi la télétransmission avec votre régime obligatoire (AMO)

- 1 Lors de la consultation, vous donnez votre Carte Vitale et payez la consultation.
- 2 La Sécurité Sociale vous rembourse directement la part obligatoire.
- 3 Elle transmet les informations au service Gestion.
- 4 Le service Gestion vous rembourse la part complémentaire selon la formule choisie.

Si vous n'avez pas choisi la télétransmission avec votre régime obligatoire (AMO)

- 1 Lors de la consultation, vous donnez votre Carte Vitale et payez la consultation.
- 2 La Sécurité Sociale vous rembourse directement la part obligatoire et vous envoie votre décompte de remboursement.
- 3 Vous transmettez l'original de ce décompte au service Gestion.
- 4 Le service Gestion vous rembourse la part complémentaire selon la formule choisie.

Le praticien refuse ou ne prend pas la Carte Vitale (Médecine douce, Médecine hors nomenclature etc.)

- 1 Vous payez la consultation, et recevez une feuille de soin ou une facture acquittée.
- 2 Vous transmettez la facture à la sécurité sociale. Dans tous les autres cas, vous nous transmettez directement la facture.
- 3 Vous adressez l'original de la facture acquittée ou la feuille de soin au service Gestion.
- 4 Le service Gestion vous rembourse selon la formule choisie.

Pour vos demandes de prise en charge ou de devis (hospitalisation, optique etc...)

- 1 L'établissement hospitalier, l'opticien ou vous-même adressez une demande de prise en charge ou de devis auprès du service Gestion.
- 2 Le service Gestion étudie la demande et vous adresse une réponse.
- 3 En cas d'accord total, vous n'avez rien à avancer. En cas d'accord partiel, le service Gestion vous indiquera les frais restant à votre charge.
- 4 Vous transmettez l'original de la facture acquittée des frais restant à votre charge au service Gestion pour obtenir un remboursement selon la formule choisie.



À la pharmacie

Le pharmacien accepte le Tiers Payant.

- 1 Le pharmacien prend votre carte Vitale et votre carte de tiers payant. Il sera remboursé par la Sécurité sociale puis par votre service client. Vous n'avez rien à avancer !

Le pharmacien n'accepte pas le Tiers Payant ou vous avez oublié votre carte de Tiers Payant

- 2 Vous lui réglez le montant des médicaments qui est à votre charge et remettez votre décompte original au service Gestion qui vous rembourse la part complémentaire.

Pour une meilleure gestion de votre dossier, penser à mettre à jour votre carte Vitale (par téléphone au 36 46 ou sur votre espace en ligne), présenter votre carte Vitale et votre carte Mutuelle auprès des professionnels de santé et à la pharmacie. Mettre à jour vos coordonnées bancaires en cas de changement pour un remboursement.



Les services e-santé sont intégrés dans la garantie que vous avez souscrite, en illimité : autant de téléconsultations que de besoins, en France ou à l'étranger



Téléconsultation

Accessible depuis l'application Kovers e-santé et au 01.88.33.71.29.

À tout moment et partout dans le monde, vous avez l'accès à un service de télé conseil médical pouvant éventuellement être poursuivi par une téléconsultation médicale.

La consultation est réalisée dans le respect absolu de la confidentialité de vos données et du secret médical. Le médecin pourra à l'issue de cette consultation établir une prescription médicale ou, transmettre un compte rendu à votre médecin ou vous proposer une orientation médicale.

Santé connectée

Vous avez accès aux dispositifs médicaux de santé connectée pour la prévention, le diagnostic ou le suivi d'une pathologie. Ces dispositifs médicaux peuvent être reliés à votre médecin et ils sont remboursables par votre contrat santé sous conditions.

Votre parcours lors de l'adhésion

Vous avez bénéficié d'un bilan conseil.
Vous avez adhéré par la signature du bulletin d'adhésion.

Vous recevez sous 8 jours une lettre de bienvenue accompagnée :

- Un échéancier de votre contrat d'assurance,
- Votre identifiant vous sera envoyé par e-mail avec un lien vous permettant de créer votre mot de passe afin de vous connecter à l'application Kovers e-santé

Votre carte Tiers Payant au maximum 10 jours avant la prise d'effet de votre contrat.

Nous avons activé la télétransmission auprès de votre organisme de Sécurité Sociale.

Vous bénéficiez ainsi du système d'avance dit Tiers Payant et de remboursement automatique.

Votre échéancier valide la prise d'effet de votre contrat.

Si vous l'avez accepté nous avons saisi votre IBAN et ainsi pourrons prélever vos cotisations et procéder aux paiements directement par virement, à défaut vous recevrez un chèque pour chaque décompte.

Vos demandes lors de la vie du contrat

Accès en ligne à votre espace personnel sur www.cpms.fr/connexion-particulier pour toutes vos démarches utiles : accéder à une information, votre compte, au suivi de vos remboursements, une demande de duplicata, vos échanges avec le service Gestion...

Par téléphone sur une ligne dédiée au **01 76 24 20 30**

Par mail gestionindiv@cpms.fr

Pour accéder à votre espace assuré :

Connectez-vous à

www.cpms.fr/connexion-particulier avec vos codes d'accès transmis par CPMS (retrouvez votre identifiant de connexion sur le courrier accompagnant votre attestation de Tiers-Payant. CPMS vous laisse le soin de créer votre propre mot de passe lors de votre première connexion).

La réforme 100% santé

Pour qui ?



La réforme 100% santé est accessible à tous ceux qui bénéficient d'un contrat de complémentaire santé responsable, c'est-à-dire qui répond aux normes fixées par les pouvoirs publics, tel que KOVERS.

KOVERS permet à tous de bénéficier de cette réforme qui élargit l'accès aux soins, grâce à de meilleurs remboursements sur certaines prestations de santé.

KOVERS est conforme au 100% Santé ! Voici le calendrier :

2019

2020

2021



01-01-2020

Entrée en vigueur complète du reste à charge 0 et mise en place d'une nouvelle nomenclature pour les verres amincis avec traitements antireflets et anti-rayures, parmi une sélection de montures, peu importe la correction.



01-01-2019

Revalorisation de la base de remboursement de la Sécurité sociale sur les besoins dentaires.

Plafonnement tarifaire de certaines prothèses (provisoires et définitives).

01-01-2020

Entrée en vigueur partielle du Reste à Charge zéro (couronnes et bridges).

01-01-2021

Entrée en vigueur complète du Reste à Charge zéro.



01-01-2019

Revalorisation de la base de remboursement de la Sécurité sociale de 200 € à 300 €.

01-01-2020

Revalorisation de la base de remboursement de la Sécurité sociale à 350 €.

01-01-2021

Revalorisation de la base de remboursement de la Sécurité sociale à 400 €

Entrée en vigueur complète du Reste à Charge zéro.



Vous avez la possibilité, en cours de vie de contrat, de changer de niveau de garanties.

Si vous souhaitez adhérer à un niveau de garanties supérieur :

Vous devrez remplir un nouveau Bulletin d’Affiliation Individuel pour « Modification d’un contrat existant » et indiquer votre choix de formule. Vous vous engagez à ce nouveau niveau de garantie pour 12 mois.

Une fois enregistré, votre changement de garanties sera effectif le 1er du mois suivant votre demande.

Si vous souhaitez adhérer à un niveau de garanties inférieur :

Vous devrez remplir un nouveau Bulletin d’Affiliation Individuel pour « Modification d’un contrat existant » et indiquer votre choix de formule. Vous vous engagez à ce nouveau niveau de garantie pour 12 mois.

Une fois enregistré, votre changement de garanties sera effectif le 1^{er} janvier de l’année suivant votre demande, en tenant compte des 2 mois de préavis sous réserve d’un minimum de 12 mois dans la formule précédente.

Changer de situation

Pour assurer la qualité de service, il est important de nous communiquer les informations susceptibles d’entraîner des modifications de votre contrat notamment :

- Changement d’adresse,
- Changement de caisse de Sécurité sociale,
- Changement de domiciliation bancaire,
- Évolution de la situation professionnelle,
- Évolution de la situation personnelle, etc...



En tant qu'assuré, vous avez accès à la plateforme de gestion pour gérer vos données personnelles, suivre vos remboursements et cotisations ou encore faire des demandes de devis et bien d'autres services dans le respect du secret médical.

Vous souhaitez:

Contactez:

Au:

Une prise en charge pour hospitalisation

Le service Gestion des Assurés

Tél : 01 76 24 20 30
 Courrier : CPMS
 TSA 80023
 51726 REIMS CEDEX
 Email : gestionindiv@cpms.fr
 Ou via votre Espace Personnel

Envoyer une demande de remboursement, de prise en charge ou analyse d'un devis

Le service Gestion des Assurés

Tél : 01 76 24 20 30
 Courrier : CPMS
 TSA 80023
 51726 REIMS CEDEX
 Email : gestionindiv@cpms.fr
 Ou via votre Espace Personnel

Voir vos remboursements, informations sur vos garanties, demander une analyse de devis, une prise en charge, etc...

Espace Personnel Assurés

Site
www.cpms.fr/connexion-particulier

Bénéficier de vos garanties d'assistance

MGD Assistance

Contrat n° 32JA
 Tél : 01 49 93 65 05
 Du lundi au samedi
 de 9h à 20h

Des informations sur la vie de contrat, changer de formule, modifier ou résilier le contrat, ...

Service Souscription

Tél : 01 70 71 26 21
 Courrier : KOVERS – Qape
 Immeuble Burovert –
 ZA Les Hâtes du Vernoy
 89130 Toucy
 Email : souscription@kovers.fr



Tous les actes pris en charge dans le cadre de la Loi du 13 août 2004 et de ses décrets d'application sont remboursés.

- Scellement des sillons et fissures.
- Un détartrage annuel complet sus- et sous-gingival, effectué en deux séances maximum.
- Bilan du langage oral et/ou bilan d'aptitudes à l'acquisition du langage écrit, à condition qu'il s'agisse d'un premier bilan chez un enfant de moins de 14 ans.
- Dépistage une fois tous les cinq ans des troubles de l'audition chez les personnes de plus de 50 ans pour un des actes suivants : audiométrie tonale ou vocale, audiométrie tonale et/ou vocale avec tympanométrie, audiométrie vocale dans le bruit, audiométrie tonale et vocale.
- Acte d'ostéodensitométrie remboursable par l'assurance maladie obligatoire ; sans préjudice des conditions d'inscription de l'acte sur la liste mentionnée à l'article L. 162-1-7, la prise en charge au titre du présent arrêté est limitée aux femmes de plus de 50 ans, une fois tous les six ans.
- Les vaccinations suivantes, seules ou combinées :
Diphtérie, tétanos et poliomyélites : tous âges,
Coqueluche avant 14 ans,
Hépatite B avant 14 ans,
BCG avant 6 ans,
Rubéole pour les adolescentes qui n'ont pas été vaccinées et pour les femmes non immunisées désirant un enfant,
Haemophilus influenzae B,
Vaccination contre les infections invasives à pneumocoques pour les enfants de moins de 18 mois.



Conditions générales de ventes

La consultation du site (le « Site ») <https://www.kovers.fr> et l'utilisation des services proposés par KOVERS (« Kovers ») sont soumis aux présentes conditions générales d'utilisation et de vente (les « Conditions Générales d'Utilisation et de Vente »).

La consultation et l'utilisation des services mis en ligne par le Site vaut acceptation de la part de l'utilisateur, sans réserve aucune, des termes des Conditions Générales d'Utilisation et de Vente.

Nous nous réservons le droit de modifier ou de mettre à jour à tout moment ces Conditions Générales d'Utilisation et de Vente. Nous conseillons donc à tout utilisateur de se référer régulièrement à leur dernière version disponible en permanence sur le site.

1. Consultation du Site et utilisation des services proposés par le Site

L'utilisateur s'engage à utiliser le Site pour des besoins strictement privés ou professionnels, à l'exclusion de toute utilisation lucrative ou commerciale.

De la même façon, l'utilisateur s'engage à utiliser le Site de manière conforme à l'ordre public, aux bonnes mœurs et aux droits des tiers.

1.1 - Général

1.1.1 - L'utilisateur peut trouver à sa disposition sur le Site des informations générales relatives à la mutuelle santé. Malgré la diligence mise en œuvre de manière permanente par KOVERS afin de proposer à ses utilisateurs des informations à jour, il ne peut être exclu que certaines informations puissent, à tout moment, devenir obsolètes, notamment du fait d'un changement législatif ou réglementaire. Il appartient à l'utilisateur de vérifier la pertinence et l'applicabilité des informations générales proposées par KOVERS sur son Site.

1.1.2 - L'utilisateur trouvera à sa disposition sur le Site un certain nombre d'informations, propositions et tarifs, sur la base des informations personnelles fournies par cet utilisateur. Les informations personnelles sont fournies sous la responsabilité exclusive de l'utilisateur.

Les informations que l'utilisateur communique à KOVERS sur ce Site sont protégées et font l'objet de mesures de sécurité afin d'éviter toute exploitation frauduleuse.

Dans l'hypothèse où l'utilisateur souhaite bénéficier des services de mutuelle santé proposés par le Site, il devra y souscrire en remplissant le formulaire d'adhésion en ligne sur le Site, et en fournissant les documents demandés.

1.2 - Exclusions de garantie

1.2.1 - L'utilisateur du Site ne s'engage contractuellement en rien en consultant les informations et tarifs proposés par Kovers, tant qu'il n'a pas finalisé son adhésion en ligne.

Néanmoins, il est de la responsabilité de l'utilisateur de fournir et de vérifier l'exactitude des informations qu'il transmet, dans la mesure où la pertinence des informations et des tarifs proposés par Kovers dépendent de cette exactitude.

1.2.2 - Bien que le Site soit accessible 7 jours sur 7, 24 heures sur 24, la responsabilité de KOVERS ne saurait être engagée en cas d'inaccessibilité au Site ou d'impossibilité d'utilisation, des services normalement proposés par le Site, pour quelque raison que ce soit, mais notamment et non exclusivement à cause d'opérations de maintenance ou de pannes ou d'évènements de force majeure.

Par ailleurs, KOVERS peut être amené à fermer temporairement le Site ou à interdire temporairement l'accès à une partie des services, à tout moment et sans préavis, sans que cela entraîne un droit à indemnité pour l'utilisateur.

1.2.3 - Les comparatifs des offres proposés sur le Site ou tout autre support digital ou physique ont été réalisés en toute neutralité, sur la base d'une analyse multi-critères qui prend en compte, notamment mais de manière non exhaustive, le tarif proposé par chaque assureur, les garanties couvertes, les exclusions de garanties, les montants de garanties et de franchise. Tous les comparatifs, qu'ils soient personnalisés ou qu'il s'agisse de cas-types, produits ou publiés sur le Site ne sauraient engager notre responsabilité en cas d'erreur, d'omission, d'inexactitude ou d'obsolescence des informations présentées.

1.2.4 - L'utilisateur comprend et accepte que les informations et tarifs proposés par le Site ou tout autre support digital ou physique sont susceptibles de modifications par les professionnels de la mutuelle santé eux-mêmes et que les informations et tarifs mentionnés sur le Site peuvent par conséquent faire l'objet d'approximation, d'inexactitude ou d'erreur.

2. Propriété intellectuelle

L'utilisateur s'interdit de porter atteinte aux droits de propriété intellectuelle (droit d'auteur, droits voisins, droit des marques, noms de domaine...) de KOVERS ou de tous tiers mentionnés sur le Site.

KOVERS est titulaire de tous les droits de propriété intellectuelle tant sur la structure que sur le contenu du Site. L'utilisateur s'engage à utiliser le Site pour des besoins strictement privés ou professionnels, à l'exclusion de toute

utilisation lucrative ou commerciale. De la même façon, l'utilisateur s'engage à utiliser le Site de manière conforme à l'ordre public, aux bonnes mœurs et aux droits des tiers. L'utilisateur ne peut pas procéder à la reproduction, la représentation, l'adaptation, la traduction, la transformation partielle ou intégrale, ou au transfert des éléments du Site de quelque façon que ce soit et à quelque fin que ce soit, excepté en cas d'autorisation expresse, préalable et écrite de KOVERS.

3. Utilisation de cookies

Lors de la consultation du site, des cookies sont déposés sur l'ordinateur de l'utilisateur, son mobile ou sa tablette. Les seuls cookies utilisés sur le Site sont ceux destinés à la mesure d'audience. Les outils de mesures d'audience sont déployés afin d'obtenir des informations sur la navigation des visiteurs. Ils permettent de comprendre comment les utilisateurs arrivent sur un site et de reconstituer leur parcours.

Les données générées par les cookies sont stockées sur notre espace d'hébergement. Nous serions susceptibles de communiquer ces données à des tiers en cas d'obligation légale.

3.1 - Définition d'un cookie

Un cookie est un fichier texte déposé sur votre ordinateur lors de la visite d'un site ou de la consultation d'une publicité. Il a pour but de collecter des informations relatives à votre navigation et de vous adresser des services adaptés à votre terminal (ordinateur, mobile ou tablette). Les cookies sont gérés par votre navigateur internet.

Nous veillons au respect strict de la loi informatique et libertés du 6 janvier 1978 modifiée et nous engageons à mettre en œuvre des mesures appropriées de sécurisation et de protection de la confidentialité des données.

3.2 - Paramétrer le navigateur Internet

L'utilisateur peut accepter ou refuser les cookies au cas par cas ou bien les refuser systématiquement.

Il peut à tout moment choisir de désactiver ces cookies. Le navigateur de l'utilisateur peut également être paramétré pour lui signaler les cookies qui sont déposés dans son ordinateur et lui demander de les accepter ou pas. Pour en savoir plus sur les cookies installés et sur leur toxicité, nous invitons l'utilisateur à ajouter un outil de détection et contrôle de cookies à son navigateur.

En cas de refus de dépôt de cookie, l'utilisateur ne pourra peut-être pas consulter certains services ou informations sur le Site. Afin de gérer les cookies au plus près des attentes de l'utilisateur, nous l'invitons à paramétrer son navigateur en tenant compte de la finalité des cookies.

4. Protection des données personnelles

Les informations collectées durant votre souscription sont nécessaires afin de mener à bien votre souscription et d'effectuer des actes de gestion de vos contrats. Ces informations sont destinées à Kovers ainsi qu'à ses assureurs, gestionnaires ou prestataires, dans la limite nécessaire à l'exécution des tâches qui leur sont confiées, et sous réserve de votre consentement.

Conformément à la Loi Informatique et Libertés n° 78-17 du 6 janvier 1978 et du règlement général de Protection des données (RGPD) du 27 avril 2016, les données personnelles recueillies dans le cadre de ce contrat feront l'objet d'un traitement informatique dont la finalité est la gestion et l'exécution de votre contrat d'assurance, sous réserve d'avoir obtenu le consentement de l'adhérent.

Par ailleurs des traitements spécifiques, en fonction des dispositions législatives et réglementaires en vigueur, pourront également être mis en place dans le cadre de la lutte contre la fraude et la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme.

Les données personnelles sont conservées pendant une durée de 5 ans après la fin de la relation contractuelle.

En application de la législation en vigueur, vous pouvez exercer votre droit d'accès, de rectification et d'opposition concernant l'utilisation et le traitement de vos données personnelles en écrivant par voie postale ou par email au délégué à la protection des données à l'adresse suivante :

MGD-DPO : 15 Rue du Faubourg Montmartre - 75009 PARIS,

dpo@lamgd.com

ou auprès de QAPE Santé : Immeuble Burovert - ZA Les Hâtes du Vernoy - 89130 TOUCY

contact@kovers.fr

5. Réclamation relative au site de KOVERS

L'utilisateur peut nous faire part de toute réclamation relative au Site :

QAPE

Immeuble Burovert - Z.A. Les Hâtes du Vernoy - 89130 TOUCY

Tél. +33 3 86 45 60 50

contact@kovers.fr

6. Différend

Dans l'hypothèse où la réclamation concerne la souscription d'un contrat que l'utilisateur a conclu, nous l'invitons à prendre contact avec contact@kovers.fr

7. Loi applicable

L'utilisation du Site et les présentes Conditions Générales d'Utilisation et de Vente sont soumises à la loi française, qui s'applique indépendamment du lieu du domicile de l'utilisateur et/ou du lieu de sa connexion Internet. Tout éventuel litige se rapportant à l'interprétation ou l'exécution des présentes Conditions Générales d'Utilisation et de Vente sera soumis à la compétence des tribunaux français afférents.

8. Informations relatives à la souscription

L'utilisateur est informé qu'en adhérant au contrat de complémentaire santé KOVERS, il s'engage sur une durée minimale d'un an. Cet engagement est renouvelable à chaque échéance annuelle du contrat collectif des assurés. Conformément à la réglementation, chaque assuré reçoit un avis d'échéance pour le renouvellement de son adhésion. L'utilisateur du Site reconnaît avoir reçu sur ce Site, par courrier électronique et/ou par téléphone, les informations suivantes nous concernant :

Avant la souscription de tout contrat

- Notre dénomination sociale et notre adresse professionnelle,
- Notre numéro d'immatriculation au registre ORIAS et les moyens de vérifier celui-ci,
- Nos liens financiers avec des organismes d'assurance, s'ils existent,
- Si nous sommes contractuellement tenus de ne travailler qu'avec un ou plusieurs fournisseurs,
- Si nous travaillons dans les faits, avec un nombre restreint de fournisseurs, mais sans obligation contractuelle : nous tenons à la disposition de l'utilisateur du Site une liste desdits fournisseurs,
- Nous nous prévalons d'une analyse objective du marché et nous nous engageons sur l'examen d'un nombre de contrats suffisants afin de trouver la couverture la plus appropriée au cas de chaque utilisateur,
- Les procédures de recours et de réclamation dont l'utilisateur dispose.

Durant l'exécution du contrat.

Nous nous engageons au moment du renouvellement ou de la modification de votre contrat de tout changement affectant l'une des informations suivantes :

- Notre identité,
- Notre immatriculation à l'ORIAS,
- Les procédures de recours et de réclamation,
- Nos liens financiers avec un ou plusieurs organismes d'assurance, s'ils existent,
- Les modalités que nous appliquons pour exercer l'intermédiation (liens d'exclusivité, travail avec un nombre restreint d'intervenants, possibilité ou non de fonder ses conseils sur une analyse objective du marché).

9. Cotisation

Les cotisations et garanties de la Mutuelle Complémentaire Santé sont indexées sur le Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale (PMSS). Ceux-ci n'augmentent pas en fonction de votre âge, ni de votre état de santé. Le PMSS évolue à chaque 1er janvier pour suivre les évolutions des dépenses de santé. Son nouveau montant est généralement connu dans les deux mois précédents.

À noter : c'est la Loi de financement de la sécurité sociale qui décide du montant du PMSS en vigueur. Cette loi peut également faire évoluer le champ d'intervention en France des Mutuelles santé en complément de l'assurance maladie obligatoire de base (sécurité sociale). Dans l'hypothèse où cette évolution devait entraîner une augmentation du taux de cotisation de votre Mutuelle Santé, vous seriez alors libéré de vos obligations à l'égard du contrat et pourriez alors librement choisir de l'interrompre ou bien de le conserver.

10. Preuve du consentement

Dans le cadre des demandes de devis et des souscriptions réalisées sur le Site, il est expressément convenu que les enregistrements informatiques ou leur reproduction sur un support durable émanant de nos services constitue la preuve des échanges intervenus sur le Site.

Les informations recueillies sur le Site sont validées à la date de votre consultation.

Le contenu électronique des échanges intervenus, ainsi que les signatures électroniques et les documents émis peuvent être utilisés par nos services comme éléments de preuve de nos obligations respectives entre nous ou en Justice, conformément à l'article 1379 du Code Civil et aux dispositions du Code des Assurances.

Vous acceptez de recevoir par courrier électronique, à l'occasion d'une demande de devis ou d'une souscription en ligne, les documents contractuels constituant notre proposition d'assurance personnalisée, et, postérieurement à la conclusion du contrat, toute autre information relative à votre contrat.

Vous vous engagez par les présentes à nous informer par courrier ou courrier électronique de tout changement d'adresse postale ou électronique, et ce, sans délai suivant ce changement.

11. Comparatif

Les comparatifs des offres proposés sur le Site ou tout autre support digital ou physique ont été réalisés en toute neutralité, sur la base d'une analyse multi-critères qui prend en compte, notamment mais de manière non exhaustive, le tarif proposé par chaque assureur, les garanties couvertes, les exclusions de garanties, les montants de garanties et de franchise. Tous les comparatifs, qu'ils soient personnalisés ou qu'il s'agisse de cas-types, produits ou publiés

sur le Site ne sauraient engager notre responsabilité en cas d'erreur, d'omission, d'inexactitude ou d'obsolescence des informations présentées. L'utilisateur comprend et accepte que les informations et tarifs proposés par le Site ou tout autre support digital ou physique sont susceptibles de modifications par les professionnels de la mutuelle santé eux-mêmes et que les informations et tarifs mentionnés sur le Site peuvent par conséquent faire l'objet d'approximation, d'inexactitude ou d'erreur.

Les données utilisées afin d'établir les comparatifs sont celles qui vous sont communiquées pour faire votre choix de garanties et gérer votre contrat. Si ces informations sont insuffisantes pour restituer le montant du remboursement, cela ne saurait être imputable qu'à l'insuffisance des informations qui nous ont été communiquées, et non pas à nos services, ce que vous reconnaissez et acceptez par les présentes.

Vous reconnaissez et acceptez également que nos services ne s'engagent pas en lieu et place de l'assureur mais s'engagent à restituer l'information sur le montant des remboursements, telle que cette information nous a été communiquée.

12. Mandat de résiliation auprès du précédent organisme de complémentaire santé

L'utilisateur, en cochant la case « Bon pour mandat » et en signant les présentes Conditions Générales de Vente, donne mandat exclusif et à l'exclusion de tout autre intermédiaire, au gestionnaire de la marque KOVERS Mutuelle Santé, Qape SAS ; dont le siège social est situé : ZA les Hâtes du Vernoy 89130 Toucy, société de courtage en assurances au capital social de 475 916 €, inscrite au Registre du Commerce et des Sociétés d'Auxerre sous le numéro 819502154, et bénéficiant du numéro d'agrément ORIAS 16002647 ; en vue de procéder à la résiliation de sa mutuelle complémentaire santé en cours, entreprendre toute démarche nécessaire en vue de cette résiliation, prendre tout contact et procéder à toute formalité nécessaire à cette résiliation.

Ce mandat entre en vigueur dès lors que l'utilisateur (i) remplit les champs de renseignements demandés (le numéro de contrat, la date d'échéance de la mutuelle complémentaire santé en cours et les coordonnées de l'assureur actuel), et (ii) coche la case par laquelle il donne mandat, cette action valant signature électronique. Le présent mandat, à effet immédiat et exclusif, annule tous ceux qui auraient pu être donnés antérieurement. Ni KOVERS ni Qape SAS ne peuvent être tenus responsables de toute omission, erreur ou inexactitude des informations transmises par l'utilisateur. De la même manière, ni KOVERS ni Qape SAS ne peuvent pas être tenus responsables du délai de résiliation du contrat de mutuelle complémentaire santé actuel de l'utilisateur et de la date d'entrée en vigueur de la mutuelle complémentaire santé à venir.

13. Modification

Date de la dernière mise à jour des présentes Conditions Générales d'Utilisation et de Vente le 01 octobre 2020.



Page 18

- Complémentaire Santé
- Article 1. Objet de votre contrat
- Article 2. Définitions

Page 21

- Article 7. Cessation de l'adhésion
- Article 8. Faculté de renonciation
- Titre 2 – Dispositions afférentes aux garanties
- Article 9. Gestion des prestations
- Article 10. Descriptif des garanties Santé

Page 24

- Article 13. Règlement des prestations
- Article 14. Télétransmission

Page 26

- Titre 4 – Dispositions Générales
- Article 23. Prescription
- Article 24. Notice d'information
- Article 25. Preuve des opérations
- Article 26. Règlement des différends
- Article 27. Réclamation - Médiation
- Article 28. Autorité de contrôle
- Article 29. Droits d'accès à vos données personnelles (CNIL / RGPD)

Page 20

- Titre 1 – Adhésion et Affiliation
- Article 3. Adhésion
- Article 4. Durée et prise d'effet de l'adhésion
- Article 5. Modalités d'adhésion
- Article 6. Résiliation du contrat

Page 23

- Article 11. Contrat Responsable et Solidaire
- Article 12. Justificatifs pour la gestion des prestations

Page 25

- Article 15. Tiers Payant
- Article 14. Télétransmission
- Article 15. Tiers Payant
- Article 16. Prise en charge hospitalière
- Article 17. Maintien à titre individuel des garanties
- Article 18. Subrogation
- Article 19. Fausses déclarations
- Titre 3 – Dispositions afférentes aux cotisations
- Article 20. Montant et paiement des cotisations
- Article 21. Défaut de paiement des cotisations
- Article 22. Indexation et Révision tarifaire

Page 28

- Convention d'assistance

Complémentaire Santé

Notice d'information valant conditions générales



La Notice d'information valant Conditions Générales est un document qui définit les garanties, les limites et les exclusions ainsi que leurs modalités d'entrée en vigueur. Ce contrat est régi par le Code de la Mutualité.

KOVERS est une marque du contrat QAPE Santé, contrat d'assurance collectif "groupe ouvert" à adhésion individuelle facultative souscrit par l'Association de Santé Cœur de Puisaye (ASCP) auprès de la Mutuelle Générale de la Distribution (MGD), 15, rue du Faubourg Montmartre, 75009 PARIS. Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité et inscrite au répertoire SIRENE sous le n° 429 211 469.

Article 1. Objet de votre contrat

Le présent Contrat est un contrat d'assurance collective à adhésion facultative souscrit par l'association Santé Cœur de Puisaye auprès de LA MGD au bénéfice de ses adhérents répondant aux critères d'adhésion tels que définis aux présentes Conditions Générales en vue de proposer des remboursements des frais de santé à ses adhérents répondant aux critères d'adhésion tels que définis à l'article 2 ci-après,

Ce contrat est régi par le Code de la mutualité, code dont relève LA MGD. Toutefois, lorsque le contrat est coassuré par un organisme relevant d'un autre code, l'adhérent pourra faire application des règles du Code régissant cet organisme, si celles-ci lui sont plus favorables.

Ce contrat est également destiné aux membres participants tels que définis à l'article 2 ci-après. Il a pour objet, de compléter en tout ou partie les prestations en nature versées par le régime de base obligatoire dans le cadre des frais de santé exposés par le membre participant ou ses ayants droits lorsque ceux-ci répondent à la définition donnée à l'article 2.

Les garanties sont éligibles à la « Loi Madelin ». (Loi N°94-126 du 11 février 1994 relative à l'initiative et à l'entreprise individuelle et le décret N°94-775 du 5 Septembre 1994 modifiés et codifiés aux articles L144-1, R144-2 et R144-3 du Code des Assurances). Cette loi permet de déduire de leurs revenus imposables sous certaines conditions et limites, les cotisations versées dans le cadre de leur adhésion au contrat frais de santé.

Article 2. Définitions

Accident

Toute atteinte corporelle non intentionnelle dont est victime un Assuré et provenant de l'action soudaine et inattendue d'une cause extérieure.

Actif

Personne n'ayant pas liquidé ses droits à la retraite des régimes obligatoires, et toute personne en cumul emploi-retraite. Une personne porteuse d'un mandat électif local et bénéficiant d'une indemnisation à ce titre est considérée en situation de cumul emploi - retraite.

Adhérent

Si vous êtes un actif, un étudiant ou un retraité, sont assurées au titre du présent contrat les personnes appartenant à la catégorie mentionnée aux Conditions Particulières qui s'affilient de manière facultative pour elles-mêmes et leurs ayants droit.

Si vous êtes un TNS, les adhérents sont les travailleurs non-salariés ou mandataire social en activité, appartenant à la catégorie indiquée aux conditions particulières du contrat.

Ayant-droit

Personne physique mineure ou majeure autre que l'adhérent, assuré au titre de ce contrat. Répondent à la définition d'ayants droit au titre du présent contrat lorsqu'ils y sont affiliés :

- son conjoint ou son concubin,
- son partenaire lié par un PACS,
- les enfants de l'adhérent, de son conjoint, de son concubin ou de son partenaire, répondant à l'une des conditions suivantes :
- les enfants âgés de moins de 28 ans poursuivant leurs études et immatriculés au régime de sécurité sociale des étudiants,
- les enfants en apprentissage ou en contrat de qualification percevant une rémunération inférieure à 50% du SMIC en vigueur,
- les enfants handicapés, titulaires de la carte d'invalidité d'au moins 80%, quel que soit leur âge,
- les enfants âgés de moins de 25 ans ayant terminé leurs études, inscrits à Pôle Emploi, à la recherche d'un premier emploi et percevant une allocation inférieure à 50 % du SMIC en vigueur,
- les enfants âgés de moins de 25 ans effectuant un stage

Attestation vitale

Document joint à la Carte Vitale permettant de justifier de ses droits au titre de l'assurance maladie. Cette attestation est à conserver et à présenter avec la Carte Vitale.

Base de remboursement (BR)

Tarif résultant des conventions entre les professionnels de santé et la Sécurité sociale. Ce tarif sert de base aux remboursements de la Sécurité sociale.

Bénéficiaire

L'adhérent du présent contrat et ses ayants droit, lorsque ces derniers sont couverts par le Contrat.

Concubin

Personne vivant en couple avec l'adhérent, de même sexe ou de sexe différent, dans le cadre d'une union de fait caractérisée par une vie commune présentant un caractère de stabilité et de continuité (article 515-8 du Code civil).

Conjoint

Personne liée par l'acte de mariage civil à l'adhérent non judiciairement séparée de corps et non divorcée.

Conditions particulières (certificat d'adhésion)

Document remis à l'Assuré en confirmation de sa souscription au présent Contrat et sur lequel sont mentionnés, notamment, les garanties et leurs montants, la liste des Assurés, la date de prise d'effet du contrat, la cotisation correspondante et sa périodicité de règlement.

Cotisation

Somme versée à l'Assureur en contrepartie des garanties accordées au titre du présent Contrat d'assurance.

Dépassement d'honoraires

La partie des honoraires dépassant la base de remboursement du régime obligatoire d'assurance maladie et qui n'est jamais remboursée par ce dernier.

Exclusion

Ce qui n'est pas garanti par le Contrat d'assurance.

Franchise médicale

En vigueur depuis le 1er janvier 2008, c'est une somme d'argent qui est déduite par la Sécurité sociale de chacun des remboursements de l'assuré social (à l'exception des jeunes de moins de 18 ans, des bénéficiaires de la CMU complémentaire et de l'Aide médicale de l'État, des femmes enceintes durant toute la durée de la grossesse). Elle s'élevé à :

- 0,50 euro par boîte de médicaments délivrés en ville ;
- 0,50 euro par acte par un auxiliaire médical en ville, sans pouvoir excéder :
 - 2 euros par jour ;
 - 2 euros par transport effectué en véhicule sanitaire hors urgence, sans pouvoir excéder 4 euros par jour.

Ces franchises sont décomptées dans la limite d'un plafond annuel qui ne pourra pas excéder 50 euros par personne.

Les franchises médicales ne sont pas prises en charge par le contrat.

Déchéance

Privation du droit aux indemnités prévues par le présent Contrat par suite du non-respect par l'Assuré des obligations qui lui sont imposées.

Date d'échéance

Date de renouvellement du contrat et date à partir de laquelle la cotisation est due pour l'année d'assurance à venir.

Date d'effet

Date à laquelle débute le contrat. Elle est indiquée sur les Conditions Particulières.

Gestionnaire

CPMS : TSA 80023, 51726 REIMS CEDEX.

Hospitalisation

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

Maladie

Toute altération de la santé non accidentelle, indépendante de la volonté du bénéficiaire, constatée par une autorité médicale compétente.

Médecins signataires des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée

Il s'agit des médecins ayant choisi d'adhérer à l'un des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée. Ces médecins sont signataires de la convention médicale et exercent 1 ou 2.

Les dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée remplacent le contrat d'accès aux soins (CAS) et se rapportent à deux options qui sont, selon la spécialité médicale exercée par le professionnel :

L'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM)

Ou

L'option pratique tarifaire maîtrisée chirurgie Obstétrique (OPTAM CO), pour les médecins exerçant en chirurgie obstétrique (OPTAM CO), pour les médecins exerçant en chirurgie ou en gynécologie-obstétrique.

Médecins non signataires des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisées

Il s'agit des médecins, conventionnés ou non, qui n'ont adhéré ni à l'option Pratique tarifaire Maîtrisée (OPTAM), ni à l'option Pratique tarifaire Maîtrisée chirurgie obstétrique. (OPTAM-CO).

Médicament

Produit prescrit par un médecin et reconnu comme tel dans le pays de délivrance, ou reconnu, le cas échéant, dans l'un des Etats membres de l'Union Européenne. Pour être remboursés, les médicaments doivent être délivrés en pharmacie dans le pays où ils ont été prescrits.

Membre participant

Le travailleur indépendant ou mandataire social exerçant une activité non salariée non agricole (auto entrepreneurs, professions libérales, artistes, chefs d'entreprises non assimilés à des salariés au regard de la sécurité sociale ou assimilés mais ne percevant pas de rémunération) résidant sur le territoire métropolitain hors Corse, qui a adhéré, pour son compte ainsi que pour ses éventuels ayants droit, au présent contrat d'assurance collectif à adhésion facultative et qui déclare ses revenus à l'administration fiscale française.

Nullité du contrat

Mesure visée par la loi (article L. 221-14 du Code de la Mutualité) pour sanctionner le souscripteur ayant fait une fausse déclaration volontaire du risque, à la souscription du contrat ou en cours de contrat, dans l'intention de nous tromper. La garantie accordée est nulle.

Optique

Les équipements optiques sont des dispositifs médicaux qui permettent de corriger des troubles de la vue tels que l'hypermétropie, l'astigmatisme, la myopie ou encore la presbytie. Il peut s'agir de lunettes (deux verres et une monture) ou de lentilles.

A compter du 1^{er} Janvier 2020, les lunettes entrant dans le panier de soins « 100% Santé » seront remboursées intégralement par les contrats complémentaires santé responsables, en sus du remboursement de l'assurance maladie obligatoire, dans la limite des prix maximum que les opticiens s'engagent à respecter.

Parcours de soins

Il s'agit du circuit que les patients doivent respecter pour être remboursés « normalement ». Il consiste à déclarer un médecin traitant auprès de l'assurance maladie obligatoire et à le consulter en priorité ou à consulter un médecin correspondant sur orientation de votre médecin traitant. Certains médecins spécialistes peuvent être consultés sans pour autant passer par le médecin traitant (gynécologues, ophtalmologues, stomatologues, psychiatres).

Partenaire PACS

Partenaire vivant sous le même toit que l'adhérent, et avec lequel il a conclu un Pacte Civil de Solidarité (PACS). Ce PACS peut être conclu par deux personnes physiques majeures, de sexe différent ou de même sexe pour organiser leur vie commune (article 515-1 du Code civil).

Porteur du risque assurance santé

La Mutuelle Générale de la Distribution (MGD), 15, rue du Faubourg Montmartre, 75009 PARIS. Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité et inscrite au répertoire SIRENE sous le n° 429 211 469.

Prix limite de vente

Le prix limite de vente (PLV) d'un dispositif médical correspond au prix maximum de vente à l'assuré social. 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 (LPP) et pris en charge par l'assurance maladie obligatoire.

Réduction des prestations

Mesure visée par la loi (article L. 221-15 du Code de la Mutualité) pour sanctionner l'adhérent ayant omis de nous déclarer tous les éléments du risque ou ayant fait une déclaration inexacte à la souscription du contrat ou en cours de contrat qui, en conséquence, ne nous a pas permis d'appliquer une cotisation adaptée. La prestation est alors réduite en proportion de la cotisation payée par rapport à la cotisation qui aurait été due si le souscripteur avait complètement et exactement déclaré le risque.

Si la fausse déclaration non intentionnelle est constatée avant toute réalisation du risque, nous pouvons maintenir l'adhésion au contrat moyennant une augmentation de cotisation acceptée par l'adhérent.

Régime obligatoire

Le régime d'assurance maladie de Sécurité social français auprès duquel est obligatoirement affilié l'assuré.

Retraité

Personne ayant liquidé ses droits à la retraite des régimes obligatoires et ne bénéficiant pas du cumul emploi – retraite.

Sinistre

L'événement, la maladie ou l'accident, mettant en jeu la garantie, alors que le contrat est en vigueur.

Souscripteur

La personne signant le contrat et désignée aux Conditions Particulières.

Ticket modérateur

Différence entre les tarifs de base pris en compte par le régime obligatoire et le remboursement effectué par ce dernier.

Verres simples

verres unifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre -6.00 et +6.00 dioptries ou verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6.00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4.00 dioptries ou verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère+ cylindre) est inférieure ou égale à 6.00 dioptries.

Verres complexes

verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de -6.00 à +6.00 dioptries ou verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -6.00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0.25 dioptrie ou verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6.00 dioptries, verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre -4.00 et +4.00 dioptries ou verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8.00 et 0.00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4.00 dioptries ou

verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8.00 dioptries.

Verres très complexes

verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4.00 à +4.00 dioptries ou verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8.00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à +4.00 dioptries ou verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -8.00 dioptries et dont le cylindre à +4.00 dioptries ou verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -8.00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0.25 dioptrie ou verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive dont la somme S est supérieure à 8.00 dioptries.

Titre 1 – Adhésion et Affiliation

Article 3. Adhésion

Les adhérents remplissent un bulletin d'adhésion afin de pouvoir bénéficier des garanties du présent contrat. La MGD, par l'intermédiaire de son délégataire de gestion se réserve le droit, à tout moment, de demander à l'adhérent de lui adresser les justificatifs de la qualité de bénéficiaire, telle que définie ci-avant, des personnes couvertes par son adhésion.

La souscription se matérialise par la signature, en deux exemplaires, des conditions particulières du présent contrat. Le souscripteur reçoit l'un des exemplaires signés, un exemplaire de la notice d'information valant conditions générales ainsi que les statuts de LA MGD.

Si vous êtes un Membre participant, l'adhésion au présent contrat est réputée facultative au sens de l'article 3 de la loi 89.1009 du 31 décembre 1989. Elle est valable jusqu'à 67 ans inclus

Article 4. Durée et prise d'effet de l'adhésion

La durée du contrat KOVERS est de douze (12) mois. Cette durée est précisée dans les Conditions Particulières.

Le contrat prend effet à la date indiquée aux Conditions Particulières. Il est souscrit par le Bénéficiaire désigné aux Conditions Particulières, dénommé ci-après le « Souscripteur », pour une période se terminant le 31 décembre de l'année en cours.

Le contrat d'adhésion est souscrit pour une période se terminant le 31 décembre de l'année en cours, et se renouvelle à effet du 1er janvier, par tacite reconduction, sauf résiliation par l'adhérent exprimée **au moins deux (2) mois** avant cette date, par lettre recommandée avec accusé de réception.

Article 5. Modalités d'adhésion

Les pièces justificatives suivantes doivent être fournies :

Au moment de l'adhésion au contrat et à l'inscription des ayants droits de celui-ci :

- le bulletin individuel d'adhésion dûment complété et signé, une copie de l'attestation Vitale, ainsi que celle(s) des ayants droit à assurer,
- pour les étudiants à inscrire, un certificat de scolarité de l'année en cours,
- pour les apprentis et personnes en contrat de qualification, une copie du contrat d'apprentissage, de qualification ou d'orientation et bulletins de salaire,
- pour les enfants handicapés à inscrire, une copie de leur carte d'invalidité civil,
- pour les primo demandeurs d'emploi, un justificatif du pôle emploi attestant de leur situation,
- pour les stagiaires, une copie de la convention de stage.

À la date de renouvellement de l'adhésion

- une copie de l'attestation Vitale, ainsi que celle(s) des ayants droit inscrits,
- pour les étudiants inscrits, un certificat de scolarité de l'année en cours,
- pour les apprentis et personnes en contrat de qualification, une copie du contrat d'apprentissage, de qualification ou d'orientation et bulletins de salaire,
- pour les enfants handicapés inscrits, une copie de leur carte d'invalidé civil,
- pour les primo demandeurs d'emploi, un justificatif du pôle emploi attestant de leur situation,
- pour les stagiaires, une copie de la convention de stage.

En cas de modification de situation

- en cas de mariage, de naissance ou d'adoption, une photocopie du livret de famille ou de l'acte de mariage, de naissance ou d'adoption,
- en cas de concubinage, une attestation sur l'honneur attestant de l'union de fait caractérisée par la vie commune stable et continue,
- en cas de signature d'un Pacte Civil de Solidarité, une photocopie du contrat de PACS,
- en cas de décès, un extrait de l'acte de décès.

L'adhérent s'engage à informer LA MGD de tout changement de domicile ou de Caisse Primaire d'Assurance Maladie le concernant lui et/ou ses ayants droit inscrits au Contrat. Pour ce faire, il doit produire dans les trois (3) mois qui suivent ce changement, une copie de sa nouvelle attestation Vitale, ainsi que celle(s) de ses ayants droit assurés affectés par ce changement.

Les documents sont à adresser dans tous les cas au gestionnaire **CPMS** :

CPMS
TSA 80023
51726 REIMS CEDEX
gestionindiv@cpms.fr

Espace Assuré : www.cpms.fr/connexion-particulier

Article 6. Résiliation du contrat

Le contrat peut être résilié :

Par l'Adhérent

- À chaque échéance principale soit au 31 décembre de chaque année, moyennant le respect d'un préavis de deux (2) mois. La résiliation du contrat n'est recevable que si l'adhésion a couru au moins 12 mois à compter de la date d'effet du contrat.
- En cas d'augmentation du taux de cotisation suite à un changement dans la législation de l'Assurance Maladie.

Par l'Assureur

- En cas de non-paiement de tout ou partie de la Cotisation (Article 221-8 du Code de la Mutualité),
- En cas de refus par l'Adhérent des nouvelles conditions tarifaires applicables au contrat,
- En cas de fausses déclarations, d'omission ou d'inexactitude dans la déclaration du risque à la souscription ou en cours de contrat (Article L221-14 et L.221-15 du Code de la Mutualité).

Par l'Adhérent ou l'Assureur :

En cas de survenance d'un des événements suivants et lorsque les risques garantis sont en relation directe avec la situation antérieure et ne se retrouvent pas dans la situation nouvelle (L.221-17 du Code de la Mutualité) :

- Changement de domicile,
- Changement de situation matrimoniale ou de régime matrimonial,
- Changement de profession, retraite professionnelle, ou

cessation définitive d'activité professionnelle.

La résiliation doit faire l'objet d'une notification dans le délai de trois (3) mois suivant l'événement qui la motive.

De plein droit

- En cas de retrait de l'agrément de LA MGD, dans les conditions prévues aux articles R.211-2 du Code de la Mutualité,
- En cas de décès de l'Adhérent.

La résiliation par un adhérent s'entend pour l'ensemble des bénéficiaires de la garantie relevant de ce dernier.

Modalités de résiliation

L'Assuré peut résilier le contrat en envoyant une lettre recommandée avec avis de réception à l'adresse suivante :

CPMS
TSA 80023
51726 REIMS CEDEX

Article 7. Cessation de l'adhésion

Pour tout adhérent et ses éventuels ayants droit, la garantie cesse d'être accordée à l'expiration du mois au cours duquel prend fin l'adhésion qui lie l'adhérent au souscripteur.

En tout état de cause, la garantie cesse d'être accordée en cas de résiliation du présent contrat à l'adhérent et à ses ayants droits.

Article 8. Faculté de renonciation

Droit de renonciation en cas de souscription à distance (Article L221-18 du Code de la Mutualité) ou en cas de souscription suite à démarchage (Articles L. 222-1 et suivants du Code de la Consommation).

Si, pour quelque raison que ce soit, le présent contrat ne donne pas satisfaction à l'Assuré, celui-ci peut contacter **CPMS** dans les Quatorze (14) jours suivant la réception des présentes Conditions Générales et du certificat d'assurance et l'Assureur procédera à sa résiliation.

Et dans tous les cas de souscription, l'Assuré a la faculté de renoncer à son adhésion par l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception pendant un délai de 30 jours suivant l'adhésion.

Pour renoncer à son contrat, l'Assuré peut utiliser le modèle de lettre suivant à adresser par voie recommandée avec accusé de réception

« Je soussigné demeurant à déclare renoncer à mon contrat « » n° et vous prie de bien vouloir me rembourser l'intégralité des sommes versées dans un délai maximum de quatorze jours (14) jours, à compter de la réception de la présente lettre. Fait le Signature »

Dans un tel cas, le contrat n'aura fourni aucune garantie et toute prime versée sera remboursée, à condition qu'aucun sinistre n'ait été déclaré ou réglé.

Titre 2 – Dispositions afférentes aux garanties

Article 9. Gestion des prestations

L'assuré doit déclarer au gestionnaire Santé de son contrat tout sinistre de nature à entraîner la mise en œuvre des garanties du contrat, toute information pour la vie de votre contrat (demande de remboursement, analyse de devis, prise en charge...)

CPMS
TSA 80023
51726 REIMS CEDEX
gestionindiv@cpms.fr

Espace Assuré : www.cpms.fr/connexion-particulier

La Mutuelle se réserve à tout moment la possibilité de faire exécuter par un médecin expert désigné par lui, tout contrôle de l'Assuré pour l'ouverture des prestations ou leur poursuite.

Le service des prestations pourra être refusé ou suspendu si l'assuré refuse de s'y soumettre ou de fournir les pièces justificatives demandées par l'Assureur, sauf cas fortuit ou de force majeure dont l'assuré apporterait la preuve.

Article 10. Descriptif des garanties Santé

Dans les conditions et limites de la formule de garanties choisie, sont couverts, sauf stipulations contraires dans les Conditions Particulières, tous les actes et frais courants sur la période garantie ayant fait l'objet d'un remboursement et d'un décompte individualisé du régime de base de la Sécurité Sociale au titre de la maladie, accident et maternité. En principe, ne peuvent donner lieu à prestation que les frais engagés pour des soins donnés par un chirurgien, un praticien qualifié ou un dentiste et sur prescription écrite de l'un d'eux, dans les conditions prévues par le régime de base obligatoire.

Conformément aux dispositions de l'article 9 de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989 et de l'article L. 224-8 du Code de la mutualité, les remboursements ou les 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'adhérent après les remboursements de toute nature auxquels il a droit et avant la 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'indemnité en s'adressant à l'organisme de son choix.

Les demandes de prestations doivent, sous peine de déchéance, être adressées au gestionnaire Santé dans les 2 ans suivant la date des soins, de naissance ou d'adoption.

L'adhérent qui fournit intentionnellement de faux renseignements ou use de documents falsifiés ou dénaturés lors d'une demande de règlement, perd tout droit aux garanties pour ledit règlement et sera tenu de rembourser les prestations indûment perçues.

Les prestations complémentaires sont limitées aux frais réels dûment justifiés et restant à charge de l'adhérent, après intervention du régime base, et/ou d'éventuels organismes complémentaires.

Sont pris en charge, dans les conditions fixées aux Conditions Particulières du contrat :

1. au titre des honoraires de praticiens conventionnés :

- les consultations de généraliste et spécialiste
- les consultations d'auxiliaires médicaux
- les visites au domicile
- la petite chirurgie

2. les actes de radiologie et d'analyses médicales

3. les frais pharmaceutiques

4. au titre des soins dentaires et paramédicaux :

- les soins dentaires
- les prothèses dentaires définitives inscrites à la nomenclature (acceptées et refusées hors prothèses dentaires provisoires)
- l'orthodontie acceptée (par semestre)
- l'appareillage

5. au titre des frais optiques :

- les verres, montures
- les lentilles non jetables (acceptées ou refusées)
- les lentilles jetables

6. au titre des interventions chirurgicales :

- les frais d'opération,
- les frais d'hospitalisation chirurgicale d'au moins 24 heures,
- les dépassements d'honoraires

7. au titre de l'hospitalisation médicale :

- l'interruption volontaire de grossesse,
- les frais de transport en ambulance du malade
- les séjours en :
 - hôpital, clinique médicale, médicochirurgicale ou obstétricale,
 - sanatorium, préventorium, aérium,
 - établissement psychiatrique dans lequel le séjour est motivé par un traitement curatif (indemnité limitée à 30 jours par séjour),
 - maison d'enfant à caractère sanitaire, l'indemnité étant limitée à 30 jours par séjour,
 - maisons de convalescence, pour les seuls séjours consécutifs à une hospitalisation de plus de 30 jours ou à une intervention chirurgicale dont le coefficient est supérieur à 50 (hors anesthésie),
 - établissements médicaux spécialisés à l'exception des établissements de postcure, dans la limite de 60 jours par an, des centres de rééducation professionnelle, d'aide par le travail et de thalassothérapie, des stations thermales.

8. au titre d'un séjour en établissement hospitalier :

- les frais d'hospitalisation avec ou sans hébergement,
- le forfait journalier prévu à l'article L.174-4 du code de la sécurité sociale, sans limitation de durée,
- les suppléments de tarif appliqués par l'établissement pour chambre seule, à l'exclusion des frais à caractère personnel tels que journaux, télévision, téléphone, etc.
- les frais d'accompagnement engagés par la personne dont la présence auprès de l'enfant assuré de moins de 12 ans a été reconnue nécessaire par certificat médical ; sont remboursées les indemnités de lit et de repas (maximum 30 jours par an).

9. au titre d'une naissance ou de l'adoption d'un enfant de moins de 12 ans

Lorsque la garantie est proposée, une indemnité forfaitaire dont le montant est fixé aux conditions particulières du contrat sera versée en cas de naissance ou d'adoption d'un enfant de moins de 12 ans. Un justificatif de naissance ou d'adoption devra alors être produit.

Cette indemnité ne peut être versée que si l'adhérent a choisi la formule de cotisation « famille ». L'adhérent ayant choisi de cotiser en formule isolé ne bénéficie pas de cette garantie. Toutefois, lorsqu'il s'agit de la naissance ou de l'adoption du premier enfant de l'adhérent, cette indemnité pourra être versée si l'enfant est affilié au contrat dans le mois qui suit la naissance ou l'adoption.

10. les frais de cure thermale

Ouvrent droit, s'ils sont pris en charge par la Sécurité Sociale, à une indemnité fixée aux conditions particulières dans la limite des frais exposés.

Le versement de cette indemnité est exclusif de tout autre remboursement pour les frais liés à la cure et exposés durant celle-ci et intervient dans la limite des frais réellement engagés par le bénéficiaire sur présentation des justificatifs de paiement, sauf dispositions spécifiques prévues aux conditions particulières du contrat.

Les indemnités sont exprimées aux conditions particulières en pourcentage du salaire ou en fonction du plafond mensuel de Sécurité Sociale, en vigueur au 1er janvier d'un exercice d'assurance.

11. Descriptif du service e-Santé

Les services e-santé sont intégrés dans la garantie que vous avez souscrite, en illimité, 6 jours/7, de 9h à 20h en France ou à l'étranger.

Pré-diagnostic (Service CheckUp)

Check-up utilise les dispositifs de pré-diagnostic mis en œuvre auprès des services urgentistes. Il vous permet de réaliser un pré-diagnostic rapide en toute autonomie.

Il est par ailleurs précisé que le Service Check-up n'a pas pour objet d'établir des diagnostics et ne saurait en aucun cas se substituer à un examen médical et/ou à l'avis d'un médecin.

Téléconsultation

Plateforme de téléconseil accessible depuis l'application *KOVERS e-santé* et au 01.88.33.71.29. à tout moment et partout dans le monde, vous avez l'accès à distance avec un médecin (Code à communiquer : FTRC).

La consultation est réalisée dans le respect absolu de la confidentialité de vos données et du secret médical. Le médecin pourra à l'issue de cette consultation établir une prescription médicale.

Santé connectée recommandée par un professionnel de santé

Service exclusif avec une prise en charge des objets de santé connectée prescrits par votre professionnel de santé (pour la prévention, le diagnostic ou le suivi et le traitement d'une pathologie). Vous avez accès aux dispositifs médicaux de santé connectée. Ces dispositifs médicaux peuvent être reliés à votre médecin.

Vous bénéficiez d'une réduction tarifaire en tant qu'adhérent *KOVERS*. Les dispositifs médicaux prescrits par votre médecin sont remboursables par votre contrat Santé avec la garantie santé connectée prescrite.

12. Exclusions

Sont exclus du contrat, dans le cadre des garanties offertes, les frais n'ouvrant pas droit aux prestations en nature de la sécurité sociale, au titre de l'assurance maladie.

Les actes ou frais ne figurant pas à la nomenclature de la sécurité sociale ne sont pas pris en charge sauf stipulations spécifiques prévues dans les documents d'adhésion.

De plus, la MGD ne prend pas en charge les frais de chirurgie esthétique, à l'exception de la chirurgie réparatrice prise en charge par la sécurité sociale, sous réserve d'une demande préalable formulée à la MGD et accompagnée du compte rendu pré-opératoire établi par le chirurgien plasticien.

Les exclusions ci-dessous s'appliquent à toutes les garanties d'assurance à l'exception des garanties minimum et maximum des contrats responsables.

Les garanties ne s'exercent pas en cas :

- de guerre civile ou étrangère, d'émeutes et mouvements populaires,
- de désintégration du noyau atomique ou de radiations ionisantes,
- de traitements ou interventions chirurgicales dans un but de rajeunissement ou esthétique,
- de cures d'amaigrissement, de sommeil, de désintoxication ou de séjours en institut médico-pédagogique et établissements similaires,

- d'une aggravation due à l'inobservation intentionnelle par le membre participant des prescriptions du médecin.

Même si votre Régime Obligatoire est intervenu, ne donnent pas lieu à prestation pour les hospitalisations, actes chirurgicaux, soins et prothèses dentaires, actes de kinésithérapie :

- les conséquences de l'éthylisme aigu ou chronique de la personne assurée, l'usage de stupéfiants ou de tranquillisants non prescrits médicalement,
- les frais de séjour climatique à la campagne, à la mer, à la montagne et en colonie sanitaire (sauf en Sanatorium ou en Préventorium),
- les cures d'amaigrissement, de rajeunissement, de désintoxication et de thalassothérapie,
- les traitements à visée esthétique, à l'exception de ceux consécutifs à un accident garanti,
- les traitements psychanalytiques,
- les interventions chirurgicales à visée reconstructrice, esthétique ou plastique à l'exception de celles consécutives à un accident garanti, les interventions comportant une réduction de la masse graisseuse, ainsi que les interventions pour rhinoplastie et septoplastie nasale. Restent néanmoins garanties les rhinoplasties justifiées par un traumatisme nasal survenu pendant la période de garantie,
- les interventions chirurgicales pour hypertrophie ou hypotrophie mammaires, ainsi que les interventions comportant une lipectomie, une liposuction, une lipoaspiration, une liposculpture, une plastie abdominale,
- les traitements, hospitalisations et interventions chirurgicales pour les troubles de l'identité sexuelle,
- les séjours en centres, services ou établissements dits de longs séjours, de gériatrie, de gérontologie, de gériatrie,
- les séjours psychopédagogiques, pédagogiques, à visée diététique ou de rééducation alimentaire,
- les différentes étapes de la Procréation Médicalement Assistée (PMA), maisons d'accueil spécialisé (MAS), EHPAD

Pendant la période de garantie, les exclusions et les limitations de garanties ne s'appliquent pas lorsqu'elles ont pour effet d'empêcher les prises en charge minimales prévues à l'article R. 871-2 du Code de la Sécurité Sociale.

Sauf indication contraire aux Conditions Particulières, ne donnent pas lieu à remboursement :

1. Les frais de soins :

- Engagés avant la date d'effet garantie ou après la cessation de celle-ci. La date de prise en considération dans tous les cas, est celle figurant sur les décomptes de la Sécurité Sociale ;
- Déclarés après un délai de deux ans suivant la date des soins pratiqués ;
- Engagés hors de France. Si la caisse de Sécurité Sociale à laquelle l'adhérent est affilié prend en charge les frais engagés hors de France, ceux-ci seront pris en charge par LA MGD sur la base de remboursement utilisé par la Sécurité Sociale et selon les garanties prévues au contrat ;
- Non remboursés par les régimes de base de la Sécurité Sociale ;
- Ne figurant pas à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels ou à la Classification Commune des Actes médicaux, et même s'ils ont fait l'objet d'une notification de refus ou d'un remboursement nul par le régime base ;
- Les frais de chirurgie esthétique, à l'exception de la chirurgie réparatrice prise en charge par la sécurité sociale, sous réserve d'une demande préalable formulée à LA MGD et accompagnée du compte rendu pré-opératoire établi par le chirurgien plasticien.

2. Les participations forfaitaires et les franchises restant à la charge de l'adhérent prévues à l'article L. 322-2 du Code de la Sécurité Sociale.

3. La majoration de participation prévue aux articles L.162-5-3 et L. 161-36-2 du Code de la Sécurité Sociale.

4. Les dépassements d'honoraires sur les actes cliniques et techniques pris en application de l'article L. 162-5 du Code de la Sécurité Sociale.

5. De manière générale tout autre acte, prestation, majoration ou dépassement d'honoraires dont la prise en charge serait exclue par l'article L. 871-1 du Code de la sécurité sociale et par ses textes d'application.

13. Limitations de garanties

Pour les frais conséquents à des actes dont la cotation n'est pas conforme à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels ou à la Classification Commune des Actes médicaux, le remboursement est limité à la cotation définie par cette nomenclature ou cette classification.

Pour les frais conséquents à des actes dont les dépassements d'honoraires ne sont pas autorisés par les conventions nationales signées entre les régimes de base et les représentants des praticiens ou dans les cas où ces dépassements ne correspondent pas aux conditions conventionnelles, le remboursement est limité à la base de remboursement utilisé par la Sécurité Sociale.

Les interdictions et obligations de couverture énumérées ci-dessus revêtent un caractère indicatif à la date de signature du contrat ; elles peuvent par la suite être modifiées pour demeurer en tous points conformes aux dispositions de l'article L 871-1 du Code de la Sécurité Sociale et de ses décrets d'application.

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

Article 11. Contrat Responsable et Solidaire

Le contrat respecte l'ensemble des conditions posées par les pouvoirs publics pour répondre à la définition de contrat « solidaire » et de contrat « responsable ».

Par contrat « solidaire », on entend un contrat d'assurance complémentaire santé pour lequel aucun questionnaire médical n'est demandé aux assurés ni lors de la souscription, ni en cours de contrat et dont les cotisations ne sont pas fixées en fonction de l'état de santé des personnes assurées.

Par contrat « responsable », on entend un contrat d'assurance complémentaire santé qui répond à l'ensemble des conditions mentionnées aux articles L. 871-1 et R. 871-1 et R. 871-2 du Code de la Sécurité Sociale, à ses textes réglementaires d'application et aux garanties minimales prévues par l'article L.911-7 du Code de la Sécurité sociale.

Interdiction de prise en charge :

Le contrat ne peut pas prendre en charge la majoration du ticket modérateur de la Sécurité sociale en cas de non-respect du parcours de soins, prévue à l'article L. 162-5-3 du Code de la Sécurité sociale ;

Le contrat ne peut pas prendre en charge la contribution forfaitaire et la franchise médicale prévues au II et III des articles L. 160-13 et L 322-2 du Code de la Sécurité sociale ;
Le contrat doit laisser à la charge des assurés une part forfaitaire sur le dépassement d'honoraires des spécialistes consultés en dehors du parcours de soins, prévue au point 18 de l'article L. 162-5 du Code de la Sécurité sociale.

Règles de prise en charge

Le contrat doit prendre en charge le ticket modérateur pour tous les actes prévus à l'article R. 160-5 du Code de la Sécurité sociale, **à l'exclusion des médicaments remboursés par l'assurance maladie, à hauteur de 30 % ou 15 % du tarif de la Sécurité sociale, de l'homéopathie et des cures thermale ;**

Le contrat doit prendre en charge, sans limitation de durée, l'intégralité du forfait journalier hospitalier mentionné à l'article L. 174-4 du Code de la Sécurité sociale (sauf en établissements médico-sociaux) ;

Le contrat doit prévoir un encadrement des dépassements d'honoraires quand ils sont prévus dans le contrat et dans le respect des conditions prévues au 2° de l'article R.871-2 du Code de la Sécurité sociale :

- Le contrat doit respecter un plafond et un plancher de remboursement sur les frais d'optique ;
- Le contrat doit respecter le plafond prévu en cas des dépassements d'honoraires pratiqués par les médecins libéraux n'ayant pas souscrit à l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM et OPTAM-CO), anciennement libellé contrat d'accès aux soins (CAS).

Sont donc pris en charge

- l'intégralité de la participation des adhérents (ticket modérateur) sur les tarifs servant de base à la prise en charge par l'assurance maladie obligatoire pour l'ensemble des dépenses de santé remboursées par cette dernière, notamment :
- les consultations et les actes réalisés par les professionnels de santé,
- les soins dentaires,
- les frais d'acquisition des équipements d'optique médicale (verres et monture),
- les frais d'hospitalisation avec ou sans hébergement
- le forfait journalier des établissements hospitaliers prévu à l'article L.174-4 du code de la sécurité sociale, sans limitation de durée. Et si ces garanties sont prévues au contrat prise en charge,
- des dépassements tarifaires des médecins dans le respect des conditions prévues au 2° de l'article R.871-2 du Code de la Sécurité sociale,
- des frais exposés par l'adhérent en sus des tarifs de responsabilité pour l'acquisition des dispositifs médicaux d'optique médicale à usage individuel soumis au remboursement, des dépenses d'acquisition de ces dispositifs, à hauteur des minima et dans la limite des maxima, incluant la participation des adhérents, fixés au 3° de l'article R871-2 du Code de la Sécurité Sociale.

Les garanties de votre contrat sont conformes avec ces dispositions. En cas d'évolutions législatives et réglementaires effectuées dans ce cadre, les garanties du contrat seront mises en conformité après information préalable, sauf refus exprimé de votre part (article L. 112-3 alinéa 5 du Code des assurances).

Article 12. Justificatifs pour la gestion des prestations

Contactez le gestionnaire Santé pour la gestion de votre dossier Santé, pour toute information et toute demande de remboursement, analyse de devis ou de prise en charge :

CPMS
TSA 80023
51726 REIMS CEDEX
gestionindiv@cpms.fr

Espace Assuré: www.cpms.fr/connexion-particulier

Pour les cas particuliers cités ci-dessous ou à défaut de télétransmission, faire parvenir au service Gestion des Assurés les documents suivants :

- Les notes d'honoraires et les factures des frais prescrits acquittées,

- Le ticket modérateur : document officiel attestant le paiement de la part complémentaire, indiquant l'acte pratiqué, les noms, prénoms et numéro de Sécurité Sociale du bénéficiaire des soins ; en matière de frais pharmaceutiques, la facture subrogatoire doit être produite,
- Pour une consultation d'un praticien du secteur non conventionné, la facture et le décompte de l'assurance Maladie,

- Pour une hospitalisation médicale et/ou chirurgicale, l'original ou copie de la facture acquittée et/ou le volet de facturation E 615 précisant le bénéficiaire, la nature des soins, le coefficient et le montant des honoraires payés et déclarés à la Sécurité Sociale,

- Pour un « dépassement d'honoraires » en séjour hospitalier privé ou en clinique privé, la facture acquittée,

- Pour l'optique, la facture acquittée et datée précisant le bénéficiaire, les codes LPPR, le coût de la monture, de chaque verre ou lentille, la prescription médicale pour les lentilles hors LPP et le détail des traitements divers,

- Pour les prothèses dentaires, l'original ou copie de la facture des soins bucco-dentaires acquittée et datée précisant le bénéficiaire, le numéro et le coefficient nomenclaturé des dents traitées et le coût de chaque élément,

- Pour du dentaire, le devis accepté et la facture acquittée,

- Pour une consultation en médecine douce (ostéopathie, acupuncture... **liste complète dans le tableau de garantie**), la note d'honoraires du praticien disposant des diplômes reconnus légalement nécessaires à l'exercice de la discipline concernée,

- Pour la prise en charge des vaccins, la prescription médicale (sauf pour le vaccin grippal) et la facture acquittée du pharmacien,

- Pour une densitométrie osseuse, la prescription médicale et la facture acquittée,

- Pour une chirurgie de la myopie, la note d'honoraires et la facture acquittée,

- Pour une Fécondation In Vitro / Périurale, la note d'honoraires et la facture acquittée,

- Pour les prothèses et l'appareillage, la facture acquittée,

- Pour les médicaments prescrits non remboursés, la prescription médicale et la facture acquittée,

- Pour le forfait maternité, un extrait d'acte de naissance,

- En cas d'adoption, un extrait d'acte de naissance

comportant la mention d'adoption ou dans l'attente du jugement d'adoption et l'attestation des services de l'enfance et de la famille du Conseil Général du département,

- Pour les actes de prévention, la prescription et la facture acquittée,

- Pour le remboursement de frais de soins d'origine accidentelle, toutes les pièces justificatives afin de procéder en particulier au recouvrement des sommes réglées par LA MGD auprès de l'éventuel tiers responsable (copie de procès-verbal, attestations de témoins, coupures de journaux...),

- Pour les cures thermales, la facture de l'établissement, la facture des frais d'hébergement et les factures des frais de transport.

La prise en charge des frais inhérents à des séjours en établissement neuropsychiatrique est limitée par année civile et fait l'objet d'un règlement sur la base du remboursement utilisé par le régime de la Sécurité Sociale.

En cas de consultation d'un praticien du secteur non conventionné, l'adhérent doit transmettre au gestionnaire

Santé une facture détaillée établie par son médecin, et en l'absence de télétransmission par les organismes de base, le décompte, pour que l'indemnisation soit faite sur la base de la garantie prévue pour les actes conventionnés.

Pour les actes ou postes de garantie exprimés sous la forme d'un crédit annuel ou d'un forfait, le crédit annuel ou le forfait correspond au montant maximum d'indemnisation, dans la limite des frais engagés.

En sus de la télétransmission, des pièces complémentaires, détaillées ci-avant, sont nécessaires pour les actes suivants :

optique, dentaire, hospitalisation et orthodontie. Elles doivent être envoyées au gestionnaire Santé par l'adhérent pour le règlement des prestations afférentes.

Pour l'ensemble des prestations fournies, seuls les frais réels engagés, figurant sur les décomptes Sécurité Sociale ou sur l'original des factures détaillées des praticiens et des professionnels de santé, des établissements hospitaliers ou des cliniques, seront pris en compte pour les remboursements.

Les factures détaillées devront notamment comporter le cachet du médecin avec son numéro d'identification ainsi que le montant des frais engagés détaillé par acte, le libellé de l'acte correspondant au code de regroupement destiné aux organismes complémentaires, son prix unitaire tel que défini par la CCAM et la base de remboursement Sécurité Sociale.

Article 13. Règlement des prestations

Le règlement des prestations est fondé, au choix de l'adhérent :

- Soit sur des décomptes originaux (dans leur version papier adressée par voie postale ou dans leur version électronique issue du site AMELI) du régime obligatoire, si les liaisons par télétransmission (NOEMIE) ne sont pas opérationnelles ou si, après en avoir informé le Service Gestion par courrier, l'adhérent ne souhaite pas bénéficier de ce service,

- Soit sur des informations de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie, sans que de l'adhérent ait à envoyer ses décomptes du régime général et ceux de ses ayants droit, si les liaisons entre les caisses gérant le régime obligatoire et LA MGD se font par télétransmission (NOEMIE).

- Soit sur les décomptes (dans leur version papier adressée par voie postale ou dans leur version électronique issue du site internet de l'organisme) fournis par le premier organisme assureur complémentaire de l'adhérent, le cas échéant.

Les prestations sont réglées par lettre chèque ou par virement bancaire sur le compte de l'adhérent, L'adhérent bénéficiera du tiers payant, afin de permettre le remboursement direct de la partie complémentaire au professionnel de santé, après accord de ce dernier.

Article 14. Télétransmission

Dans les départements où nous avons signé un accord avec votre caisse d'assurance maladie, nous vous faisons bénéficier d'un système simplifié de remboursement de vos dépenses.

Directement reliés aux services informatiques des différentes caisses, nous ferons un traitement simultané du calcul de notre participation au remboursement des frais exposés et effectuerons le paiement correspondant.

Ainsi, vous n'aurez pas à nous transmettre le décompte des prestations du régime obligatoire.

Si vous ne bénéficiez pas de cette possibilité, le règlement de notre participation s'effectuera alors selon la procédure classique.

Article 15. Tiers Payant

Chaque adhérent complète un bulletin d'adhésion. Il lui est remis une Carte de Tiers Payant qui lui permet de ne pas faire d'avance de fond. Le remboursement direct de la partie complémentaire sera versé au professionnel de santé, après accord de ce dernier.

Cette carte de Tiers Payant reste la propriété de la Mutuelle et elle demandera la restitution de la carte en cas de départ de l'adhérent (démission, licenciement, retraite...) ou résiliation du contrat.

Le souscripteur devra restituer les sommes payées par la Mutuelle, relatives à des soins postérieurs à la cessation des garanties, dans la mesure où il n'aura pas respecté son obligation précitée.

Article 16. Prise en charge hospitalière

En cas d'hospitalisation dans un établissement conventionné, le gestionnaire Santé vous délivre un « accord de prise en charge » garantissant le paiement des frais médicaux et chirurgicaux, et selon la garantie, la chambre particulière et un forfait journalier laissés à la charge de l'adhérent dans la limite des garanties.

Article 17. Maintien à titre individuel des garanties

En vertu de l'article 4 de la loi Evin n°89-1009 du 31 Décembre 1989, un maintien individuel des garanties frais de santé est proposé

- au profit des anciens adhérents bénéficiant d'une rente d'incapacité ou d'invalidité, d'une pension de retraite ou s'ils sont privés d'emploi d'un revenu de remplacement, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les six mois qui suivent la rupture de leur contrat de travail, Dans cette hypothèse, le seul adhérent bénéficie des conditions du dispositif de maintien, et non ses ayants droit.

- au profit des ayants droit de l'adhérent décédé, pendant une durée minimale de 12 mois sous réserve qu'ils en fassent la demande dans un délai de six mois suivant le décès de l'adhérent.

Les nouvelles garanties et les conditions tarifaires font l'objet d'un nouveau Contrat, soumis à la signature d'un bulletin d'adhésion individuel par l'adhérent. Les nouvelles garanties prendront effet, au plus tôt, au lendemain de la demande.

Les garanties entrant dans ce champ sont de nature identique aux garanties anciennement offertes à l'adhérent, mais s'accompagnent d'une majoration de la cotisation conformément aux dispositions en vigueur à la date de l'adhésion.

Les garanties sont maintenues sans condition de période probatoire ni d'examen médical ou de questionnaires médicaux.

Article 18. Subrogation

Conformément à l'article L 224-9 du code de la mutualité, pour le paiement des prestations à caractère indemnitaire, LA MGD est subrogée de plein droit à l'adhérent, lorsqu'il est couvert, victime d'un accident, dans son action contre le tiers responsable, que la responsabilité du tiers soit entière ou partagée.

Cette subrogation s'exerce dans la limite des dépenses que LA MGD a exposées à due concurrence de la part d'indemnités mises à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de l'adhérent ou de son ayant droit, lorsqu'il est couvert.

Article 19. Fausses déclarations

Les fausses déclarations intentionnelles entraînent

la nullité des garanties et prestations, les cotisations acquittées demeurant acquises à LA MGD.

Lorsque les informations communiquées ne sont pas sincères, vous vous exposez à des sanctions prévues par le Code de la Mutualité :

- **en cas de mauvaise foi : nullité de la garantie (article L. 221-14 du Code de la Mutualité). Mesure pour sanctionner le souscripteur ayant fait une fausse déclaration volontaire du risque, à la souscription du contrat ou en cours de contrat, dans l'intention de nous tromper. La garantie accordée est nulle.**

- **lorsque la mauvaise foi n'est pas établie : réduction des prestations ou complément de cotisation si la fausse déclaration a été identifiée avant l'engagement des frais de santé (article L. 221-15 du Code de la Mutualité). La résiliation du contrat motivée par une réticence ou une inexactitude dans la déclaration du risque n'implique pas renonciation de notre part à nous prévaloir des sanctions visées ci-dessus.**

Titre 3 – Dispositions afférentes aux cotisations

Article 20. Montant et paiement des cotisations

La tarification du contrat est établie sur la base de la législation de l'Assurance Maladie et de la Réglementation Fiscale et Sociale en vigueur au moment de sa conclusion.

Les cotisations et garanties du produit KOVERS sont en effet indexées sur le Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale (PMSS). Ceux-ci n'augmentent pas en fonction de votre âge, ni de votre état de santé. Le PMSS évolue à chaque 1er janvier pour suivre les évolutions des dépenses de santé.

Les cotisations sont annuelles. Elles font l'objet d'un appel auprès de l'Adhérent ou du Souscripteur.

La cotisation de chaque adhérent (et de ses éventuels ayants droit), dont le montant, modalités de paiement et fréquence des cotisations et leurs appels sont précisées aux conditions particulières du contrat, peut être individuelle ou familiale et est exprimée en euros ou en pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale. Si la cotisation est prélevée directement au Souscripteur, ce dernier est responsable du paiement des cotisations. Elle ne peut être fixée en fonction de critères relatifs à l'état de santé.

Article 21. Défaut de paiement des cotisations

Pour percevoir leurs prestations, les bénéficiaires doivent être à jour de leurs cotisations.

En application de l'article L221-8 du Code de la mutualité, à défaut de paiement d'une cotisation ou d'une fraction de cotisation dans les dix jours de son échéance, LA MGD suspend les garanties trente jours après l'envoi d'une lettre recommandée valant mise en demeure et résilie le contrat dix jours après la suspension des garanties.

Article 22. Indexation et Révision tarifaire

Indexation Tarifaire :

Les cotisations sont indexées automatiquement à effet de chaque 1er janvier en fonction de la variation de l'indice officiel de la consommation médicale. L'évolution des taxes et impôts est prise en compte dans le calcul de cette l'indexation finale calculée par la Mutuelle.

Révision Tarifaire :

L'assureur peut également être amené à réévaluer le montant des cotisations, notamment en fonction des résultats techniques des garanties de même nature et/ou de l'évolution prévisionnelle des dépenses de santé.

Les augmentations de cotisations ont lieu chaque année à la date d'échéance du contrat. Le nouveau montant de

cotisation sera communiqué dans l'échéancier remis chaque année.

L'adhérent pourra refuser cette modification en résiliant l'adhésion dans le mois qui suit la réception de l'échéancier.

Titre 4 – Dispositions Générales

Article 23. Prescription

Toute action dérivant du présent contrat, qu'il s'agisse de sa validité ou de son exécution, est prescrite par deux (2) ans à compter de l'évènement qui lui donne naissance dans les conditions déterminées par les articles L. 221-11, L. 221-12 et L. 221-12-1 du Code de la Mutualité.

Toutefois, ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'assureur en a eu connaissance,
- en cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

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

La prescription est portée à dix (10) ans lorsque le bénéficiaire n'est pas le membre participant et dans les opérations relatives aux accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit du membre participant décédé.

En application de l'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 avec accusé de réception adressée par LA MGD à l'adhérent, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par l'adhérent, le bénéficiaire ou l'ayant droit à LA MGD, en ce qui concerne le règlement de la prestation.

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription visées à l'alinéa précédent sont :

- la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait ;
- une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée.

La demande en justice, même en référé, et y compris dans le cas où elle est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque la saisine de la juridiction est annulée par l'effet d'un vice de procédure. L'interruption résultant de la demande en justice produit ses effets jusqu'à l'extinction de l'instance. L'interruption est non avenue si le demandeur se désiste de sa demande en justice ou laisse périmer l'instance, ou si sa demande est définitivement rejetée.

Article 24. Notice d'information

A l'occasion de la souscription, LA MGD remet à l'association un exemplaire de la notice d'information et de ses statuts, à charge pour elle de les remettre à ses adhérents.

De même, toute modification opérée sur les garanties ou les cotisations du Contrat fait l'objet d'une nouvelle notice d'information.

Il incombe à la mutuelle de conserver la preuve de la remise de la notice (initiale ou modificative) et des statuts.

Article 25. Preuve des opérations

Dans le cadre des demandes de devis et des souscriptions

réalisées par voie électronique ou téléphonique, il est expressément convenu que les enregistrements informatiques ou leur reproduction sur un support durable émanant de nos services constitue la preuve des échanges intervenus sur le Site.

Les informations recueillies sur le Site sont validées à la date de votre consultation.

Le contenu électronique des échanges intervenus, ainsi que les signatures électroniques et les documents émis peuvent être utilisés par nos services comme éléments de preuve de nos obligations respectives entre nous ou en justice, conformément à l'article 1379 du Code Civil.

Vous acceptez de recevoir par courrier électronique, à l'occasion d'une demande de devis ou d'une souscription en ligne, les documents contractuels constituant notre proposition d'assurance personnalisée, et, postérieurement à la conclusion du contrat, toute autre information relative à votre contrat.

Vous vous engagez par les présentes à nous informer par courrier ou courrier électronique de tout changement d'adresse postale ou électronique, et ce, sans délai suivant ce changement.

Article 26. Règlement des différends

Les parties s'engagent à se réunir à l'occasion de tout différend relatif aux adhésions et aux prestations qui pourrait survenir entre elles, afin de tout mettre en œuvre pour le régler à l'amiable. A défaut de règlement amiable, le litige sera porté devant les tribunaux compétents.

Article 27. Réclamation - Médiation

Les réclamations sont définies comme toute manifestation du mécontentement ou de l'insatisfaction de l'adhérent (Membre participant/ Ayant droit).

Pour toute réclamation, nous vous invitons à contacter votre interlocuteur commercial habituel dont les coordonnées figurent au paragraphe Contact de votre Bulletin d'adhésion.

Toutefois si un désaccord persiste, vous pouvez intervenir auprès de notre service Réclamations :

CPMS
TSA 80023
51726 REIMS CEDEX
gestionindiv@cpms.fr

Médiation

En cas de désaccord persistant sur la réponse donnée à la réclamation le médiateur de la MGD peut être saisi. Le médiateur peut être saisi par courrier à l'adresse suivante :

La Médiation de l'Assurance
TSA 50110
75441 Paris Cedex 09

La saisine du médiateur peut également être effectuée en remplissant un formulaire en ligne sur le site de la FFA à l'adresse suivante : <http://www.mediation-assurance.org/Accueil>

Cependant, il est précisé que le Médiateur ne peut être saisi qu'après que le Service Réclamations ait été saisi de la demande de l'assuré et y ait apporté une réponse.

La saisine du médiateur n'est possible que dans la mesure où cette demande n'a pas été soumise à une juridiction.

Article 28. Autorité de contrôle

Les garanties proposées par LA MGD sont régies par le Code de la Mutualité. L'autorité chargée du contrôle de LA MGD est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), sise 4, place de Budapest, 75436 Paris cedex 09.

Article 29. Droits d'accès à vos données personnelles (CNIL /RGPD)

Les informations collectées durant votre souscription sont nécessaires afin de mener à bien votre souscription et d'effectuer les actes de gestion de vos contrats.

Conformément à la Loi Informatique et Libertés n° 78-17 du 6 janvier 1978 et du règlement général de Protection des données (RGPD) du 27 avril 2016, les données personnelles recueillies dans le cadre de ce contrat feront l'objet d'un traitement informatique dont la finalité est la gestion et l'exécution de votre contrat d'assurance, sous réserve d'avoir obtenu le consentement de l'adhérent.

Par ailleurs des traitements spécifiques, en fonction des dispositions législatives et réglementaires en vigueur, pourront également être mis en place dans le cadre de la lutte contre la fraude et la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme.

Les données personnelles sont conservées pendant une durée de 5 ans après la fin de la relation contractuelle.

En application de la législation en vigueur, vous pouvez exercer votre droit d'accès, de rectification et d'opposition concernant l'utilisation et le traitement de vos données personnelles en écrivant par voie postale ou par email au délégué à la protection des données à l'adresse suivante :

MGD-DPO, 5 rue Geoffroy Marie, dpo@lamgd.com
ou auprès de QAPE Santé, Immeuble Burovert,
ZA Les Hâtes du Vernoy, 89130 TOUCY,
contact@kovers.fr.

KOVERS a souscrit pour le compte de ses Assurés bénéficiaires d'une couverture complémentaire santé auprès de FRAGONARD Assurances, contrat n° 32JA, Société Anonyme au capital de 37 207 660 € immatriculé au RCS de Paris sous le numéro 479 065 351 dont le siège social est situé 2 Rue Fragonard, 75017 Paris, ci-après dénommé LA MGD ASSISTANCE.

1. EVENEMENTS GARANTIS

Les conditions de délivrance des garanties de la présente convention varient selon les prestations :

Les conditions de délivrance des prestations d'assistance varient selon les prestations :

Prestation	Conditions
Informations – Conseils	A tout moment, pendant les heures d'ouverture du service d'information
Hospitalisation – Immobilisation à Domicile	En cas d'Hospitalisation* du Bénéficiaire ou d'Immobilisation à Domicile du Bénéficiaire. Certaines prestations complémentaires sont délivrées lorsque le Bénéficiaire faisant l'objet de l'Hospitalisation* ou l'Immobilisation à Domicile est un Enfant.
Assistance en cas de traitements de chimiothérapie ou de radiothérapie	Lorsque la cause de l'Hospitalisation* du Bénéficiaire ou d'Immobilisation à Domicile du Bénéficiaire est la conséquence de traitements de chimiothérapie ou de radiothérapie.
Accompagnement Psychologique	En cas d'Accident du Bénéficiaire ou de Décès d'un Proche du Bénéficiaire.
Autre Assistance	En cas de décès du Bénéficiaire

* La durée de l'Hospitalisation pour la mise en oeuvre de certaines prestations est indiquée dans chacune des prestations correspondantes.

2. VALIDITE DE LA CONVENTION

VALIDITÉ TERRITORIALE

Les prestations de la présente convention sont acquises uniquement en France.

DURÉE DE VALIDITE

Les prestations sont accordées exclusivement pour les événements survenus pendant la durée de validité du contrat 32J et de l'accord liant la Mutuelle Générale de Distribution et Fragonard Assurances pour la délivrance de ces prestations.

3. DÉFINITIONS CONTRACTUELLES

Dans la présente convention d'assistance (ci-après la « Convention »), les termes et expressions qui commencent par une lettre majuscule auront la signification suivante :

ACCIDENT

Toute atteinte corporelle provenant d'une cause imprévisible, extérieure et indépendante de la volonté du Bénéficiaire.

BENEFICIAIRE / VOUS

Le terme « Vous » ou « Bénéficiaire » se réfère indifféremment :

- à la personne physique assurée par le contrat 32J (le « Bénéficiaire assuré »),
- à son Conjoint,
- et/ou à ses Enfants.

CONJOINT

Conjoint, partenaire de PACS ou concubin notoire du Bénéficiaire assuré et vivant habituellement sous son toit.

DOMICILE

Lieu de résidence principale situé en France et dont l'adresse figure sur le dernier avis d'imposition sur le revenu.

ENFANTS

Enfants, petits-enfants, fiscalement à charge du Bénéficiaire assuré ou de son Conjoint, vivant habituellement sous son toit.

FRANCE

France métropolitaine exclusivement, où se situe le Domicile.

HEBERGEMENT

Frais d'hôtel (petit déjeuner compris), à l'exclusion de tout autre frais de restauration, de boisson et de pourboires.

HOSPITALISATION

Tout séjour prévu ou imprévu, dans un établissement de soins privé ou public

Sont exclus :

- les hospitalisations dans les centres de réadaptation fonctionnelle, maisons de convalescence ;
- les hospitalisations en établissements psychiatriques ;
- les hospitalisations chirurgicales à but esthétique, sauf chirurgie réparatrice prise en charge par la Sécurité sociale ;

• les traitements de chimiothérapie orale à Domicile, sauf protocole de soins particulier et après évaluation par les médecins de Mondial Assistance.
Une durée d'Hospitalisation minimum peut être prévue pour la délivrance de certaines prestations.

IMMOBILISATION

Toute incapacité physique à se déplacer ou à effectuer les tâches domestiques habituelles, consécutive à un Accident ou une Maladie, survenant inopinément, constatée par un médecin et nécessitant le repos prescrit par un médecin.
Une durée d'Immobilisation minimum peut être prévue pour la délivrance de certaines prestations.

MALADIE

Altération de la santé provoquant des troubles diagnostiqués par tous moyens d'investigation médicale.

MEMBRE DE LA FAMILLE

Conjoint de droit ou de fait, ascendant au premier degré, descendant au premier degré, frère, soeur, oncle, tante, nièce, neveu, beau-frère, belle-soeur, gendre, belle-fille, beau-père, belle-mère, tuteur légal, du Bénéficiaire ou la personne placée sous la tutelle du Bénéficiaire.

MEMBRE DE LA FAMILLE DEPENDANT

Membre de la famille fiscalement à charge du Bénéficiaire, dépendant et vivant sous le toit du Bénéficiaire assuré.
La dépendance se caractérise par des restrictions dans la réalisation des activités de la vie quotidienne et sociale, causées notamment par des troubles du comportement et/ou des atteintes physiques. La dépendance suppose une perte d'autonomie définitive, qui peut être partielle ou totale.

PRESTATAIRE

Prestataire de services professionnel référencé par Mondial Assistance.

PROCHE

Toute personne physique, Membre de la famille ou non, résidant en France et désignée par le Bénéficiaire.

TRANSPORT

Tout déplacement non médicalisé s'effectuant par :

- train en 2^{de} classe sauf mention contraire,
- avion en classe économique,
- véhicule de location,
- taxi (pour toute distance inférieure à 50 km).

4. PRESTATIONS

Mondial Assistance se réserve le droit, préalablement à toute intervention, de vérifier la qualité de Bénéficiaire du demandeur ainsi que la matérialité de l'événement ouvrant droit aux prestations.

4.1 INFORMATIONS – CONSEILS

Sur simple appel téléphonique du lundi au samedi, hors jours fériés, de 8h00 à 20h00 (fuseau horaire de France métropolitaine), Mondial Assistance vous communique des informations et vous conseille dans les domaines ci-après :

- Conseil social

L'équipe médico-sociale de Mondial Assistance analyse votre situation médico-sociale et socio-économique, évalue vos besoins et vous fournit des informations sur la législation et la réglementation sociale ainsi que sur les moyens de financement des différentes aides (transport, hébergement, aide à domicile, etc.) dans les domaines suivants : maternité, prestations familiales, accueil du jeune enfant, emploi, chômage, maladie, accident, handicap, invalidité, retraite.

Les informations fournies par Mondial Assistance exclusivement par téléphone sont des renseignements à caractère informatif. La responsabilité de Mondial Assistance ne pourra être recherchée dans le cas d'une utilisation ou interprétation erronée des renseignements communiqués.

- Informations juridiques, administratives et pratiques

Mondial Assistance communique, par téléphone, des renseignements dans les domaines ci-après :

- Informations juridiques : Fiscalité, justice, défense recours, assurance, travail, protection sociale, retraite, famille, mariage, divorce, succession ;
- Information sur les démarches administratives à effectuer ;
- Informations pratiques : information loisirs pour les seniors, information spécialisées pour les malvoyants.
- En aucun cas les renseignements fournis ne feront l'objet d'une confirmation écrite.

Certaines demandes peuvent nécessiter des recherches. Mondial Assistance s'engage à répondre dans un délai de 48 (quarante-huit) heures ouvrées.

Mondial Assistance peut fournir des renseignements d'ordre juridique ; en aucun cas elle ne donne de consultation juridique.

Les informations fournies par Mondial Assistance exclusivement par téléphone sont des renseignements à caractère documentaire. La responsabilité de Mondial Assistance ne pourra être recherchée dans le cas d'une utilisation ou interprétation erronée des renseignements communiqués.

- Dépannage au Domicile

Mondial Assistance, met le Bénéficiaire en relation avec son réseau de Prestataires, dans les domaines suivants :

- Serrurerie
- Plomberie
- Electricité
- Vitrierie

Les travaux effectués et les frais engagés (pièces, main d'oeuvre et déplacement) seront réglés directement par le Bénéficiaire au Prestataire.

4.2 HOSPITALISATION - IMMOBILISATION A DOMICILE

>> EN CAS D'HOSPITALISATION DU BÉNÉFICIAIRE OU DE SON CONJOINT DE PLUS DE 24 HEURES

- Garde ou transfert des Enfants de moins de 15 ans

Mondial Assistance organise et prend en charge la garde au Domicile de l'Enfant du Bénéficiaire ou son Conjoint pour une période de 2 jours consécutifs. Chaque prestation de garde d'Enfant dure au minimum 2 heures pour un maximum de 10 heures par jour et peut être fournie du lundi au samedi, hors jours fériés de 8h00 à 19h00.

La prestation est rendue dans la limite des disponibilités locales par un Prestataire dont la mission consiste à garder l'Enfant au Domicile, préparer les repas, apporter des soins quotidiens à l'Enfant (à l'exclusion des soins médicaux).

Pendant ses heures de présence, l'intervenant(e) pourra accompagner les Enfants à la crèche, à l'école ou à leurs activités extrascolaires et retourner les chercher, à condition que le déplacement se fasse sans véhicule.

Mondial Assistance organise également et prend en charge le transfert des Enfants au Domicile d'un Proche (Transport aller-retour) ou le voyage d'un Proche (Transport aller-retour) pour garder l'Enfant au Domicile du Bénéficiaire.
Cette prestation n'est pas cumulable avec la prestation précédente.

- Garde ou transfert d'un Membre de la famille dépendante

Si aucun Proche n'est disponible sur place, Mondial Assistance missionne pour une période de 2 jours consécutifs :

- soit une auxiliaire de vie qui aide aux actes de la vie quotidienne (aide au lever, au coucher, toilette, repas, habillage, etc.)
- soit une personne de compagnie.

Chaque prestation dure au minimum 2 heures pour un maximum de 10 heures par jour et peut être fournie du lundi au samedi, hors jours fériés de 8h00 à 19h00.

Mondial Assistance organise également et prend en charge le transfert des Ascendants dépendants à charge au Domicile d'un Proche (Transport aller-retour) ou le voyage d'un Proche (Transport aller-retour) pour garder les Ascendants dépendants à charge au Domicile du Bénéficiaire. Cette prestation n'est pas cumulable avec la prestation précédente.

- Garde des animaux de compagnie (chats et chiens, à l'exclusion de tout autre animal)

Mondial Assistance organise et prend en charge la garde de l'animal du Bénéficiaire par un Prestataire, frais de nourriture compris.

La prise en charge de la « Garde des Animaux de compagnie » est limitée à 30 jours et à un maximum de 200 € TTC.

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).

>> EN CAS D'HOSPITALISATION DE PLUS DE 2 JOURS OU D'IMMOBILISATION A DOMICILE DE PLUS DE 5 JOURS DU BENEFICIAIRE OU DE SON CONJOINT

- Aide à domicile

Mondial Assistance met à la disposition du Bénéficiaire ou de son Conjoint une aide à Domicile qui peut être réalisée :

- soit par une auxiliaire de vie qui dispense des soins quotidiens (toilette quotidienne), hors soins médicaux relevant d'un médecin ou d'un(e) infirmier(ère),
- soit par une travailleuse familiale qui prodigue des conseils dans le domaine de l'éducation familiale,

- soit par une aide-ménagère qui effectue les petits travaux ménagers quotidiens (repassage, ménage, aide à la préparation des repas etc.) au Domicile du Bénéficiaire. Cette prestation est prise en charge à concurrence d'un maximum de 6 heures. Chaque prestation d'aides à Domicile dure au minimum 2 (deux) heures et peut être fournie du lundi au samedi, hors jours fériés de 8h00 à 18h00.

Lorsque le Bénéficiaire vit seul ou a un ou plusieurs Enfants de moins de 10 ans à charge, la prestation d' « Aide à domicile » est prise en charge à concurrence d'un maximum de 10 heures.

Les heures d'aide à Domicile doivent être réparties dans les 10 jours qui suivent le retour de l'Hospitalisation ou le début de l'Immobilisation à Domicile.

>> EN CAS D'HOSPITALISATION DE PLUS DE 8 JOURS DU BENEFICIAIRE LIEE A SA GROSSESSE

- Aide à domicile

Mondial Assistance met à la disposition du Bénéficiaire ou de son Conjoint une aide à Domicile qui peut être réalisée :

- soit par une auxiliaire de vie qui dispense des soins quotidiens (toilette quotidienne), hors soins médicaux relevant d'un médecin ou d'un(e) infirmier(ère),

- soit par une travailleuse familiale qui prodigue des conseils dans le domaine de l'éducation familiale,

- soit par une aide-ménagère qui effectue les petits travaux ménagers quotidiens (repassage, ménage, aide à la préparation des repas etc.) au Domicile du Bénéficiaire. Cette prestation est prise en charge à concurrence d'un maximum de 6 heures. Chaque prestation d'aides à Domicile dure au minimum 2 (deux) heures et peut être fournie du lundi au samedi, hors jours fériés de 8h00 à 18h00.

Les heures d'aide à Domicile doivent être réparties dans les 10 jours qui suivent le retour de l'Hospitalisation ou le début de l'Immobilisation à Domicile.

>> EN CAS D'HOSPITALISATION OU D'IMMOBILISATION DE L'ENFANT DE PLUS DE 24 HEURES

Sur simple appel téléphonique, lorsque le Bénéficiaire Hospitalisé ou Immobilisé à Domicile est un Enfant, Mondial Assistance met en oeuvre la prestation complémentaire ci-après :

- Aide pédagogique de l'Enfant

Lorsque l'Immobilisation à Domicile de l'Enfant entraîne une absence scolaire supérieure à deux semaines calendaires consécutives, Mondial Assistance organise et prend en charge l'intervention au Domicile d'un Prestataire répétiteur scolaire habilité à donner des cours du niveau de la classe de l'Enfant.

L'aide pédagogique est accordée pour les Enfants scolarisés dans l'enseignement primaire ou secondaire uniquement.

Elle est dispensée pendant les jours normalement scolarisés sauf le samedi et hors jours fériés, à raison de 10 heures par semaine pendant 8 semaines par tranches de 2 (deux) heures de cours au minimum dans la journée, par matière et par répétiteur scolaire. Elle cesse dès que l'Enfant a repris les cours normalement ou à la fin de l'année scolaire en cours.

Sous réserve de l'accord exprès de l'établissement de soins, l'aide pédagogique peut également être fournie en cas d'Hospitalisation de l'Enfant.

Le délai pour la mise en oeuvre de cette prestation est de 2 (deux) jours ouvrés minimum à compter de l'expiration du délai de carence et sous réserve que Mondial Assistance ait reçu les justificatifs qui ont été éventuellement demandés.

- Garde à Domicile de l'Enfant de moins de 15 ans malade ou convalescent

Mondial Assistance organise et prend en charge pour une période de 2 jours l'intervention d'un Prestataire au Domicile pour garder l'Enfant, préparer ses repas et lui apporter les soins quotidiens.

Chaque Prestation de la garde d'Enfant dure au minimum 2 heures pour un maximum de 10 heures par jour et peut être fournie du lundi au samedi, hors jours fériés de 8h00 et 19h00

- Transfert d'un Proche au Domicile du Bénéficiaire

Mondial Assistance organise et prend en charge le voyage d'un Proche (Transport aller-retour) pour s'occuper de l'Enfant au Domicile du Bénéficiaire.

Cette prestation n'est pas cumulable avec la prestation de « Garde à Domicile de l'Enfant de moins de 15 ans malade ou convalescent ».

4.3 ASSISTANCE POUR LES CAS DE TRAITEMENTS DE CHIMIOThERAPIE OU DE RADIOThERAPIE

Lorsque l'Hospitalisation ou l'Immobilisation à Domicile du Bénéficiaire est la conséquence de traitements de chimiothérapie ou de radiothérapie, Mondial Assistance

met à la disposition du Bénéficiaire une aide à Domicile qui peut être réalisée :

- soit par une auxiliaire de vie qui dispense des soins quotidiens (toilette quotidienne), hors soins médicaux relevant d'un médecin ou d'un(e) infirmier(ère),
- soit par une travailleuse familiale qui prodigue des conseils dans le domaine de l'éducation familiale,

- soit par une aide-ménagère qui effectue les petits travaux ménagers quotidiens (repassage, ménage, aide à la préparation des repas etc.) au Domicile du Bénéficiaire. Cette prestation est prise en charge à concurrence d'un maximum de 24 heures par année civile. Les heures d'aide à Domicile doivent être réparties dans les 10 jours qui suivent le retour de l'Hospitalisation ou le début de l'Immobilisation à Domicile. Chaque prestation d'aides à Domicile dure au minimum 2 (deux) heures et peut être fournie du lundi au samedi, hors jours fériés de 8h00 à 18h00.

4.4 ACCOMPAGNEMENT PSYCHOLOGIQUE EN CAS D'ACCIDENT OU DE DECES D'UN PROCHE

Sur simple appel téléphonique, en cas d'Accident du Bénéficiaire ou de décès d'un Proche du Bénéficiaire, Mondial Assistance met en oeuvre la prestation ci-après :

- Accompagnement psychologique

Une première évaluation par un psychologue clinicien est rendue par téléphone au cours de 3 entretiens maximum.

Si la situation nécessite une prise en charge thérapeutique, le psychologue oriente le Bénéficiaire vers des consultations en face à face avec un psychologue proche de son Domicile ou de son lieu de travail.

Le service est accessible du lundi au vendredi hors jours fériés, de 9h00 à 18h00 (fuseau horaire de France métropolitaine).

Sont exclues les maladies psychologiques antérieurement avérées ou constituées ou en cours de traitement à la date d'effet du contrat.

4.5 ASSISTANCE EN CAS DE DECES DU BENEFICIAIRE

Sur simple appel téléphonique, Mondial Assistance met en oeuvre les prestations ci-après :

- Avance de fond pour les frais d'obsèques

Mondial Assistance peut faire l'avance de la somme de 3 000€ TTC pour les Proches du Bénéficiaire au titre des frais d'obsèques.

Dans ce cas, les Proches du Bénéficiaire s'engage à rembourser cette avance à Mondial Assistance dans un délai de 3 (trois) mois à compter de la date de mise à disposition des fonds. Passé ce délai, Mondial Assistance sera en droit d'exiger, outre le montant de l'avance consentie, les frais et les intérêts légaux.

Cette avance est subordonnée à l'établissement d'un formulaire de reconnaissance de dette.

- Garde ou transfert des Enfants de moins de 15 ans

Mondial Assistance organise et prend en charge la garde au Domicile de l'Enfant du Bénéficiaire ou son Conjoint pour une période de 2 jours consécutifs. Chaque prestation de garde d'Enfant dure au minimum 2 heures pour un maximum de 10 heures par jour et peut être fournie du lundi au samedi, hors jours fériés de 8h00 à 19h00.

La prestation est rendue **dans la limite des disponibilités** locales par un Prestataire dont la mission consiste à garder l'Enfant au Domicile, préparer les repas, apporter des soins quotidiens à l'Enfant (**à l'exclusion des soins médicaux**).

Pendant ses heures de présence, l'intervenant(e) pourra accompagner les Enfants à la crèche, à l'école ou à leurs activités extrascolaires et retourner les chercher, à condition que le déplacement se fasse sans véhicule.

Mondial Assistance organise également et prend en charge le transfert des Enfants au Domicile d'un Proche (Transport aller-retour) ou le voyage d'un Proche (Transport aller-retour) pour garder l'Enfant au Domicile du Bénéficiaire. Cette prestation n'est pas cumulable avec la prestation précédente.

- Garde ou transfert d'un Membre de la famille dépendante

Si aucun Proche n'est disponible sur place, Mondial Assistance missionne pour une période de 2 jours consécutifs :

- soit une auxiliaire de vie qui aide aux actes de la vie quotidienne (aide au lever, au coucher, toilette, repas, habillement, etc.)

- soit une personne de compagnie.

Chaque prestation dure au minimum 2 heures pour un maximum de 10 heures par jour et peut être fournie du lundi au samedi, hors jours fériés de 8h00 à 19h00.

Mondial Assistance organise également et prend en charge le transfert des Ascendants dépendants à charge au Domicile d'un Proche (Transport aller-retour) ou le voyage d'un Proche (Transport aller-retour) pour garder les Ascendants dépendants à charge au Domicile du Bénéficiaire. Cette prestation n'est pas cumulable avec la prestation précédente.

- Garde des animaux de compagnie (chats et chiens, à l'exclusion de tout autre animal)

Mondial Assistance organise et prend en charge la garde de l'animal du Bénéficiaire par un Prestataire, frais de nourriture compris.

La prise en charge de la « Garde des Animaux de compagnie » est limitée à 30 jours et à un maximum de 200 € TTC.

L'animal concerné doit avoir reçu toutes les vaccinations obligatoires. Sont exclus les chiens de 1ère et 2nde catégorie (article L211-12 du Code rural et de la pêche maritime).

5. RESPONSABILITE

Mondial Assistance ne peut en aucun cas se substituer aux organismes locaux de secours d'urgence. Le Bénéficiaire ou ses proches doivent, en cas d'urgence, prendre contact directement et en priorité avec les services locaux de secours d'urgence.

Mondial Assistance ne sera pas tenue responsable des manquements ou contretemps à l'exécution de ses obligations qui résulteraient de cas de force majeure ou d'événements tels que guerres civiles ou étrangères, révolutions, instabilité politique notoire, représailles, embargos, sanctions économiques (Récapitulatif des mesures restrictives par pays disponible sur le site du Ministère de l'Economie et des Finances <https://www.tresor.economie.gouv.fr/Ressources/sanctions-financieres-internationales>), mouvements populaires, émeutes, sabotage, terrorisme, grèves, saisies ou contraintes par la force publique, interdictions officielles, explosions d'engins, effets nucléaires ou radioactifs, empêchements climatiques graves et les événements imprévisibles d'origine naturelle.

Elle s'efforcera néanmoins de tout mettre en oeuvre pour venir en aide au Bénéficiaire.

L'organisation par le Bénéficiaire ou par son entourage de l'une des assistances énoncées dans la Convention ne peut donner lieu à remboursement que si Mondial Assistance a été prévenue et a donné son accord exprès. Les frais exposés seront remboursés sur présentation des justificatifs originaux, dans la limite de ceux que Mondial Assistance aurait engagés pour organiser la prestation.

La responsabilité de Mondial Assistance ne concerne que les services qu'elle réalise en exécution de la Convention.

Elle ne sera pas tenue responsable :

- des actes réalisés par les Prestataires intervenant auprès du Bénéficiaire en leur propre nom et sous leur propre responsabilité ;
- de l'inexécution ou de la mauvaise exécution de leurs obligations contractuelles consécutive à un cas de force majeure.

La prise en charge vient toujours en complément des remboursements des organismes d'assurance maladie complémentaire ou de prévoyance.

6. EXCLUSIONS

Outre les exclusions prévues dans la Convention, sont toujours exclus :

- les frais non justifiés par des documents originaux,
- les frais engagés sans l'accord préalable de Mondial Assistance ;
- le suicide ou les conséquences de tentative de suicide du Bénéficiaire,
- les dommages consécutifs à la consommation d'alcool par le Bénéficiaire ou l'absorption par le Bénéficiaire de médicaments, drogues ou stupéfiants, non prescrits médicalement,
- les conséquences :
 - des situations à risques infectieux en contexte épidémique,
 - de l'exposition à des agents biologiques infectants,
 - de l'exposition à des agents chimiques type gaz de combat,
 - de l'exposition à des agents incapacitants,
 - de l'exposition à des agents radioactifs,
 - de l'exposition à des agents 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 du pays où le Bénéficiaire séjourne,
- les dommages provoqués intentionnellement par un Bénéficiaire et ceux résultant de sa participation à un crime, un délit ou une rixe, sauf cas de légitime défense,
- les conséquences de maladies et accidents antérieurs à la date d'effet du contrat,
- les dommages résultant de soins d'ordre esthétique (y compris chirurgie esthétique).

Au titre de la prestation « Accompagnement psychologique » décrite à l'article 4.4 sont exclues les maladies psychologiques antérieurement avérées ou constituées ou en cours de traitement à la date d'effet du contrat.

Au titre de la prestation « Aide pédagogique de l'Enfant » sont exclues les phobies scolaires.

7. MODALITÉS D'EXAMEN DES RÉCLAMATIONS

Lorsqu'un Bénéficiaire est mécontent du traitement de sa demande, sa première démarche doit être d'en informer son interlocuteur habituel pour que la nature de son insatisfaction soit comprise et que des solutions soient recherchées.

En cas de désaccord sur les solutions proposées, le Bénéficiaire peut adresser une réclamation à l'adresse électronique suivante :

reclamation@votreassistance.fr

(ou envoyer un courrier à l'adresse :

AWP FRANCE SAS, Service Réclamations,
TSA 70002 – 93488 Saint Ouen Cedex.)

Un accusé de réception parviendra au Bénéficiaire dans les 10 (dix) jours ouvrables (hors dimanches et jours fériés) à compter de la réception de la réclamation, sauf si la réponse à sa réclamation lui est transmise dans ces délais. Une réponse lui sera fournie au plus tard dans les 2 (deux) mois suivant la date de réception de sa réclamation, hors survenance de circonstances particulières dont Mondial Assistance le tiendrait informé.

Si le désaccord persiste, après la réponse de l'assureur ayant procédé à un dernier examen de sa demande épuisant les voies de recours internes, le Bénéficiaire peut alors saisir le médiateur indépendant dont les coordonnées sont les suivantes :

La Médiation de l'Assurance

<http://www.mediation-assurance.org>

LMA

TSA 50110

75441 Paris Cedex 09

Les entreprises d'assurance adhérentes de la FFA ont mis en place un dispositif permettant aux assurés et aux tiers de bénéficier d'une procédure de médiation pour le règlement de leurs litiges. Ce dispositif est défini la Charte de la Médiation de l'Assurance.

8. COMPÉTENCE JURIDICTIONNELLE

Mondial Assistance fait élection de domicile en son siège social :

7, rue Dora Maar

93400 Saint-Ouen

Les contestations qui pourraient être élevées contre Mondial Assistance à l'occasion de la mise en oeuvre de la Convention sont exclusivement soumises aux tribunaux français compétents et toutes notifications devront être faites par courrier recommandé avec accusé de réception à l'adresse indiquée ci-dessus.

9. PRESCRIPTION

Toute action dérivant du contrat d'assurance est prescrite par un délai de deux (2) ans à compter de l'événement qui y donne naissance, dans les conditions fixées à l'article L 114-1 du Code des assurances.

Les dispositions relatives à la prescription des actions dérivant du contrat d'assurance sont fixées par les articles L114-1 à L114-3 du Code des assurances reproduits ci-après :

- Article L114-1 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 est portée à dix ans dans les contrats d'assurance sur la vie lorsque le bénéficiaire est une personne distincte du souscripteur et, dans les contrats d'assurance contre les accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'assuré décédé.

Pour les contrats d'assurance sur la vie, nonobstant les dispositions du 2°, les actions du bénéficiaire sont

prescrites au plus tard trente ans à compter du décès de l'assuré. »

- Article L114-2 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 d'un envoi recommandé électronique, avec accusé 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 L114-3 du Code des assurances

« Par dérogation à l'article 2254 du code civil, les parties au contrat d'assurance ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci. »

Information complémentaire :

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription sont énoncées aux articles 2240 et suivants du Code Civil, parmi ces dernières figurent notamment : la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait, la demande en justice même en référé, l'acte d'exécution forcée.

Pour connaître l'exhaustivité des causes ordinaires d'interruption de la prescription, se reporter aux articles du Code civil précités.

10. 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.

Fragonard Assurances est le responsable du traitement des données à caractère personnel, recueillies en vue de la passation, la gestion et l'exécution des contrats.

Ces données sont conservées pendant la durée nécessaire à l'exécution du contrat et conformément aux dispositions relatives à la prescription. Elles sont destinées aux gestionnaires des prestations d'assistance et sont susceptibles d'être communiquées à des sous-traitants, situés hors de l'Union Européenne.

Conformément à la législation et réglementation applicables en matière de protection des données le Bénéficiaire peut exercer son droit d'accès aux données le concernant et les faire rectifier en contactant : informations-personnelles@votreassistance.fr.

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/>.

Pour plus d'informations, il est possible de consulter la Déclaration de confidentialité expliquant notamment comment et pourquoi sont collectées les données personnelles. Sa version la plus récente a été remise au Bénéficiaire lors de la souscription du contrat.

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.

11. AUTORITÉ DE CONTROLE

Les entreprises qui accordent les prestations prévues par la Convention sont soumises au contrôle de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution, sise au 4 Place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris CEDEX 09 - www.acpr.banque-france.fr

12. LOI APPLICABLE – LANGUE UTILISÉE

La Convention est régie par la loi française.

La langue utilisée pour l'exécution de la Convention est le français.

DÉCLARATION DE CONFIDENTIALITÉ

La sécurité de vos données personnelles nous importe

Fragonard Assurances est une compagnie d'assurance agréée par l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) proposant des produits et services d'assurance. Protéger votre vie privée est notre priorité absolue. Cette déclaration de confidentialité explique comment nous collectons les données personnelles, quel type de données nous collectons et pourquoi, avec qui nous les partageons et à qui nous les divulguons. Veuillez lire attentivement cette déclaration.

1. QUI EST LE RESPONSABLE DU TRAITEMENT DES DONNÉES ?

Le responsable du traitement des données est la personne, physique ou morale, qui contrôle et est responsable de la conservation et de l'utilisation des données personnelles, au format papier ou électronique. Fragonard Assurances (« Nous », « Notre ») est responsable du traitement des données, tel que défini par la législation et la réglementation applicables en matière de protection des données.

2. QUELLES DONNÉES PERSONNELLES SONT COLLECTÉES ?

Nous collecterons et traiterons différents types de données personnelles vous concernant, 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, nous pourrions être amenés à collecter et traiter les « données personnelles sensibles » vous concernant.

En souscrivant le présent contrat, vous vous engagez à communiquer les informations figurant dans cette déclaration de confidentialité 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 vous acceptez de ne pas communiquer ces informations autrement.

3. COMMENT VOS DONNÉES PERSONNELLES SONT-ELLES COLLECTÉES ET TRAITÉES ?

Nous collecterons et traiterons les données personnelles que vous nous transmettez et celles que nous recevons de tiers (comme expliqué plus bas) pour un certain nombre de finalités et sous réserve de votre consentement exprès, à moins que ce dernier ne soit pas exigé par les lois et réglementations applicables, comme indiqué ci-dessous :

Finalité	Est-ce que votre consentement explicite est nécessaire ?
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 vous êtes partie et prendre les mesures nécessaires préalablement à la conclusion de ce contrat.
Administration du contrat d'assurance (ex. : traitement des réclamations, les enquêtes et estimations nécessaires à la détermination de l'existence de l'évènement garanti et du montant des indemnités à verser ou le type d'assistance à fournir, etc.)	Oui, si nécessaire. Toutefois, dans les cas où nous devons traiter vos données personnelles dans le cadre du traitement de votre réclamation, nous ne solliciterons pas votre consentement exprès.
Pour mener des enquêtes de qualité sur les services fournis, afin d'évaluer votre niveau de satisfaction et de l'améliorer	Non. Nous avons un intérêt légitime à vous contacter après avoir géré une demande ou après avoir fourni une prestation afin de nous assurer que nous avons exécuté nos obligations contractuelles d'une manière satisfaisante. Toutefois, vous avez le droit de vous y opposer en nous 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 nous conformer aux obligations légales ou aux procédures internes	Non. Nous pouvons traiter vos données dans le cadre d'audits internes ou externes requis soit par la loi, soit par nos procédures internes. Nous ne solliciterons pas votre consentement au titre de ces traitements s'ils sont justifiés en vertu de la réglementation en vigueur ou au titre de notre intérêt légitime. Toutefois, nous nous assurerons 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 notre société mère.

Finalité	Est-ce que votre consentement explicite est nécessaire ?
Pour réaliser des analyses statistiques et qualitatives sur la base des données et du taux de demandes d'indemnisation	Si nous réalisons l'une de ces activités de traitement, nous le ferons en anonymisant les données personnelles. En conséquence, les données anonymisées ne sont plus considérées comme des données « à caractère personnel » et votre consentement n'est plus requis.
Pour la gestion du recouvrement de créances (par exemple, pour demander le paiement de la prime, pour réclamer des créances à des tiers, pour répartir le montant de l'indemnisation entre les différentes compagnies d'assurances couvrant le même risque)	Non, si le traitement de vos données, même s'il s'agit de catégories sensibles de données à caractère personnel s'avère nécessaire à la constatation, à l'exercice ou à la défense de droits en justice, que nous pouvons invoquer également au titre de notre intérêt légitime.
Pour la gestion du recouvrement de créances (par exemple, pour demander le paiement de la prime, pour réclamer des créances à des tiers, pour répartir le montant de l'indemnisation entre les différentes compagnies d'assurances couvrant le même risque)	Non, si le traitement de vos données, même s'il s'agit de catégories sensibles de données à caractère personnel s'avère nécessaire à la constatation, à l'exercice ou à la défense de droits en justice, que nous pouvons invoquer également au titre de notre intérêt légitime.
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, nous sommes en droit de traiter vos données à cette fin sans avoir à recueillir votre consentement.

Comme mentionné plus haut, pour les finalités énumérées précédemment, nous traiterons les données personnelles vous concernant que nous recevons de notre partenaire commercial **MUTUELLE GENERALE DE DISTRIBUTION**.

Concernant les finalités mentionnées précédemment pour lesquelles nous avons indiqué que votre consentement exprès n'est pas requis ou dans les cas où nous aurions besoin de vos données personnelles dans le cadre de la souscription de votre assurance et/ou de la gestion de votre sinistre, nous traiterons vos données personnelles sur la base de nos intérêts légitimes et/ou conformément à nos obligations légales.

Vos données personnelles seront nécessaires pour tout achat de nos produits et services. Si vous ne souhaitez pas nous fournir ces données, nous ne serons pas en mesure de vous garantir l'accès aux produits et services demandés ou susceptibles de vous intéresser, ou encore de vous proposer des offres adaptées à vos exigences spécifiques.

4. QUI PEUT ACCÉDER À VOS DONNÉES PERSONNELLES ?

Nous nous assurerons que vos données personnelles sont traitées dans le respect des finalités indiquées plus haut.

Dans le cadre des finalités énoncées, vos données personnelles pourront être divulguées aux parties suivantes, agissant en tant que tiers, responsables du traitement des données :

- organismes du secteur public, autres sociétés de notre groupe, autres assureurs, réassureurs.

Dans le cadre des finalités énoncées, vos données personnelles pourront être divulguées aux parties suivantes, agissant en tant que préposés au traitement des données, opérant sous notre responsabilité :

- autres sociétés de notre groupe (dont AWP France SAS), consultants techniques, experts, avocats, experts en sinistres, réparateurs, prestataires, médecins et sociétés de services délégués de nos opérations (réclamations, informatique, services postaux, gestion de documents)

En définitive, nous pourrions être amenés à partager vos données personnelles 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 notre activité, de nos actifs ou de nos titres (notamment dans le cadre de procédures en insolvabilité ou autres procédures similaires) ; et
- afin de nous conformer à toute obligation légale, y compris aux obligations résultant des décisions du médiateur dans le cas où vous présenteriez une réclamation concernant l'un de nos produits ou services.

5. OÙ SONT TRAITÉES VOS DONNÉES PERSONNELLES ?

Vos données personnelles pourront être traitées aussi bien à l'intérieur qu'à l'extérieur de l'Union Européenne (UE) par les parties spécifiées dans la section 4, 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. Nous ne divulguons pas vos données personnelles à des parties non autorisées à les traiter.

Chaque transfert de vos données personnelles en vue de leur traitement en dehors de l'UE par une autre société de notre groupe, sera effectué sur la base des règles internes d'entreprise approuvées par l'Autorité de régulation dont dépend notre groupe, établissant des règles adéquates de protection des données personnelles et contraignant juridiquement l'ensemble des sociétés de notre groupe. Lorsque les règles internes d'entreprise ne s'appliquent pas, nous prendrons des mesures afin de garantir que le transfert de vos données personnelles hors UE sera effectué selon le niveau de protection adéquat, au même titre que s'il s'agissait d'un transfert à l'intérieur de l'UE. Vous pouvez prendre connaissance des mesures de protection que nous mettons en oeuvre pour ce type de transferts (clauses contractuelles types, par exemple) en nous contactant comme indiqué dans la section 9.

6. QUELS SONT VOS DROITS CONCERNANT VOS DONNÉES PERSONNELLES ?

Lorsque la loi ou la réglementation en vigueur le permet, vous avez le droit :

- d'accéder à vos données personnelles et de connaître leur provenance, les objectifs et finalités du traitement de ces données, les informations concernant le(s) responsables(s) du traitement des données, le(s) préposé(s) au traitement des données et les destinataires des données potentiellement divulguées ;
- de retirer votre consentement à tout moment, dans les cas où celui-ci est requis pour le traitement de vos données personnelles ;
- de mettre à jour ou de rectifier vos données personnelles afin qu'elles soient toujours exactes ;
- de supprimer vos données personnelles de nos systèmes si leur conservation n'est plus nécessaire dans le cadre des finalités indiquées précédemment ;
- de restreindre le traitement de vos données personnelles dans certaines circonstances, par exemple, si vous avez contesté l'exactitude de vos données personnelles, pendant la période nécessaire à la vérification de leur exactitude par nos services ;
- d'obtenir vos données personnelles au format électronique, pour votre usage personnel ou celui de votre nouvel assureur ; et
- de déposer une plainte auprès de notre société et/ou de l'autorité de protection des données compétente - Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL).

Vous pouvez exercer ces droits en nous contactant comme indiqué à la section 9.

7. COMMENT VOUS OPPOSER AU TRAITEMENT DE VOS DONNÉES PERSONNELLES ?

Lorsque la loi ou la réglementation en vigueur le permet, vous avez le droit de vous opposer au traitement de vos données personnelles par nos services, ou de solliciter auprès de notre société l'arrêt du traitement desdites données (y compris à des fins de marketing direct). Une fois votre demande transmise, nous ne procéderons plus au traitement de vos données personnelles, à moins que la législation ou la réglementation applicable ne le permette.

Vous pouvez exercer ce droit de la même manière que vos autres droits définis dans la section 6.

8. COMBIEN DE TEMPS CONSERVERONS-NOUS VOS DONNÉES PERSONNELLES ?

Nous ne conserverons vos données à caractère personnel 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 nous vous communiquons 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, sachez que 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.

9. COMMENT NOUS CONTACTER ?

Pour toute question concernant l'utilisation que nous faisons de vos données personnelles, vous pouvez nous contacter 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

10. À QUELLE FRÉQUENCE METTONS-NOUS À JOUR LA PRÉSENTE DÉCLARATION DE CONFIDENTIALITÉ ?

Nous procédons régulièrement à la révision de cette déclaration de confidentialité.



Vivre mieux avec le meilleur de l'assurance santé

Toute l'équipe de KOVERS est heureuse de vous avoir présenté ce livret de l'assuré que nous espérons complet au regard de vos besoins. Nous restons disponibles pour vous aider.

Nous vous invitons à vous connecter sur notre site régulièrement ainsi que sur notre compte facebook pour rester informé(e)s de la vie KOVERS.

Merci.



facebook.com/koversmutuelle

www.kovers.fr

contact@kovers.fr