



Mutuelle Santé

Conditions générales

Comparez les offres

www.mongustave.fr



Tableau des GARANTIES CAPITAL SENIOR

Les garanties du contrat Capital Sénior décrites ci-dessous respectent l'ensemble des conditions du cahier des charges des contrats dits « responsables et solidaires » mentionnées à l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale et ses textes réglementaires d'application dont les articles R 871-1 et 2 du même code. De ce fait, elles peuvent bénéficier des aides fiscales et sociales prévues par la législation. Le contrat Capital Sénior s'adaptera donc automatiquement à la réforme des soins et équipements à prise en charge renforcée (dite « 100% santé* »). Le dispositif «100% Santé» permet d'accéder à une offre sans reste à charge pour certaines dépenses en Dentaire, Optique et Aide auditive en fonction du calendrier

défini par la réglementation.
Les garanties prévoient le remboursement de vos dépenses de santé occasionnées à la suite d'une maladie, d'un accident ou d'une maternité ayant donné lieu à un remboursement de la Sécurité sociale. Certains frais non pris en charge par la Sécurité sociale peuvent donner lieu à une participation au titre du contrat à la condition qu'il en soit fait mention dans le tableau des garanties ci-dessous.

la Securité sociale peuvent donner lieu à une participation au titre du contrat a la condition qu'il en soit fait mention dans le fableau des garanties ci-dessous.

Lorsqu'elles ne sont pas évoquées sous la forme « Remboursement intégral », les garanties sous la forme (in en uro) ou en pourcentage des bases de remboursement de la Sécurité sociale incluant le remboursement de la Sécurité sociale. Elles s'entendent toujours dans la limite des frais réellement engagés et des «Prix Limites de Ventes» (PLV) et «Honoraires Limites de Facturation» (HLF) déterminés par la réglementation en vigueur (a). »

Pour les actes réalisés en secteur Non Conventionné, la base de remboursement retenue est celle du Tarif d'Autorité de la Sécurité sociale.

Les actes hors nomenclatures effectués à l'étranger ne sont pas pris en charge.

Sauf mention contraire dans le tableau ci-dessous, les actes non pris en charge est expressément prévue, les actes et produits doivent être prescrits et pratiqués par un professionnel de santé diplômé d'état dans sa spécialité.
Lorsque dans le tableau ci-dessous il est prévu pour certaines garanties un plafond annuel de remboursement, la prestation interviendra, en cas de dépassement de ce plafond, à hauteur des participations minimales précisées à l'article R871-2

du Code de la Sécurité sociale.

du Code de la Sécurité sociale.	PUDOET	FOOENTIELLE	CÉCL IDITÉ	FOUILIBRE	CONFORT	DIEN ÊTDE
HOSPITALISATION	BUDGET	ESSENTIELLE	SECURITE	EQUILIBRE	CONFORT	BIEN-ËTRE
Honoraires médicaux : Médecin, chirurgien et anesthésiste						
- hors hospitalisation en secteur spécialisé et hopital de jour						
OPTAM ou OPTAM-CO	100 %	125 %	200 %	250 %	300 %	400 %
hors OPTAM ou OPTAM-CO	100 %	100 %	150 %	200 %	200 %	200 %
- dans le cadre d'hospitalisation en secteur spécialisé et hopital de jour	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Frais de séjour - hors hospitalisation en secteur spécialisé et hopital de jour						
- nors nospitalisation en secteur specialise et nopital de jour Secteur conventionné	100 %	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral
Secteur non conventionné	100 %	100 %	150 %	200 %	200 %	200 %
- dans le cadre d'hospitalisation en secteur spécialisé et hopital de jour	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Autres frais						
- Chambre particulière (2) - Forfait par journée	15€	30 €	50€	70 €	85€	100 €
 Frais de location TV - Forfait par journée - Limité à 15 jours Lit d'accompagnement parent malade de plus de 80 ans hors hospitalisation 	Néant	5€	5€	5€	5€	5€
en service spécialisé - Forfait par journée	Néant	Néant	10 €	10 €	15€	25€
- Transport du malade (sauf cure thermale)	100 %	100 %	125 %	150 %	175 %	200 %
Hospitalisation à domicile	100 %	100 %	150 %	200 %	200 %	200 %
SOINS COURANTS						
Honoraires médicaux : Consultations et visites des généralistes ou spécialistes	400.0/	405.0/	450.0/	475.0/	005.0/	050.0/
OPTAM ou OPTAM-CO hors OPTAM ou OPTAM-CO	100 % 100 %	125 % 100 %	150 % 130 %	175 % 155 %	225 % 200 %	250 % 200 %
Honoraires médicaux : Consultations de psychiatrie et de neuropsychiatrie	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Actes techniques médicaux (ATM)						
OPTAM ou OPTAM CO	100 %	100 %	125 %	150 %	200 %	200 %
hors OPTAM ou OPTAM-CO Actes de spécialistes (dont ostéodensitométrie)	100 %	100 %	105 %	130 %	180 %	180 %
OPTAM ou OPTAM-CO	100 %	100 %	125 %	150 %	200 %	200 %
hors OPTAM ou OPTAM-CO	100 %	100 %	105 %	130 %	180 %	180 %
Radiologie - Echographie - Imagerie médicale	400.0/	400.0/	405.0/	450.0/	202.0/	000.0/
OPTAM ou OPTAM-CO hors OPTAM ou OPTAM-CO	100 % 100 %	100 % 100 %	125 % 105 %	150 % 130 %	200 % 180 %	200 % 180 %
Analyses et examens de laboratoire	100 %	100 %	125 %	150 %	200 %	200 %
Honoraires paramédicaux : Auxiliaires médicaux	100 %	100 %	125 %	150 %	200 %	200 %
Médicaments remboursés par la Sécurité sociale	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Matériel médical	100 %	100 %	125 %	150 %	200 %	200 %
- Prothéses orthopédiques remboursées par la Sécurité sociale	100 %	100 %	125 %	150 %	175 %	200 %
+ forfait prothèses orthopédiques remboursée par la Sécurité sociale	Néant	50 €	75€	100 €	125€	150 €
- par an et par bénéficiaire Petit et gros appareillage, accessoires, pansements remboursés par la Sécurité						
Sociale	100 %	100 %	125 %	150 %	175 %	200 %
Prothèses mammaires et capillaires remboursées par la Sécurité Sociale	100 %	100 %	125 %	150 %	175 %	200 %
CURES THERMALES						
- Honoraires et frais remboursés par la Sécurité sociale	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
+ forfait annuel Cures thermales (frais d'hébergement non pris en charge par la Sécurité sociale)	-	100€	100€	200€	300 €	350 €
MEDECINE COMPLEMENTAIRE						
Médecines douces non remboursées par la Sécurité sociale						
- Ostéopathes, acupuncture, diététiciens, chiropracteurs - Forfait annuel.						
Sur présentation d'une facture acquittée - Limité à 30 € par séance	Néant	Néant	Néant	60 €	90 €	120 €
- Pédicures, Podologues, Homéopathess - Forfait annuel.	Néant	Néant	Néant	60 €	90 €	120 €
Sur présentation d'une facture acquittée - Limité à 30 € par séance	Nount	Nounc	Noan	00.0	30 0	120 0
PREVENTION Encomble des actes de prévention prévus dans le cadre de la réglementation						
Ensemble des actes de prévention prévus dans le cadre de la réglementation des contrats responsables	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
OPTIQUE						
Equipements 100% santé* (a) :						
Equipment (1 monture et 2 verres) entrant dans le cadre du panier de soins 100 %						
Santé* (classe à prise en charge renforcée) (b) - Renouvellement tous les 2 ans (c) - Equipement de deux verres de classe A + monture de classe A	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral
- Equipement de deux verres de classe A + monture de classe A Equipements hors 100 % santé* :	KDt IIItegrai	Kbi iiilegiai	KDI IIILEGIAI	RDI IIILEGI ai	KDI IIIlegiai	RDI IIILEGI ai
Equipement entrant dans le cadre du panier libre (b) - Renouvellement tous						
les 2 ans (c)						
- Monture de classe B	100 %	100 %	100 €	100 €	100 €	100 €
- Verres						
- Equipement avec 2 verres simples	100 %	100 %	250 €	300 €	350 €	400 €
- Equipment avec 1 verre simple et 1 verre complexe ou très complexe	100 %	100 %	275€	320 €	380 €	430 €
- Equipement avec 2 verres complexes ou très complexes	100 %	100 %	330 €	350 €	430 €	480 €
Matériel amblyopie Lentilles de contact et chirurgie réfractive	Néant	100 €	200€	250 €	300 €	350 €
- Lentilles remboursées par la Sécurité sociale	100 %	100 %	100 % + 75 €	100 % + 100 €	100 % + 125 €	100 % + 150 €
- Lentilles non remboursées par la Sécurité sociale	Néant	Néant	50€	75€	100 % + 125 €	125€
- Chirurgie optique réfractive non remboursée par la Sécurité Sociale						
- forfait annuel par œil	Néant	Néant	150 €	200€	250 €	275€

ECA-Assurances. 92-98, Boulevard Victor Hugo. BP 83. 92115 Clichy Cedex. SA au capital de 1 009 000 €. R.C.S. NANTERRE B 402 430 276. Code APE 6622 Z. N° de TVA Intra-communautaire : FR31 402 430 276. Société immatriculée à l'Orias sous le N° ORIAS 07 002 344 en qualité de Courtier en assurance (appartenant à la catégorie «b» selon l'article L.521-2 du code des assurances). Le registre des intermédiaires d'assurances est tenu à jour par l'ORIAS www.orias.fr.L'activité de courtier en assurance est placée sous le contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), 4 Place de Budapest, CS 92459 - 75436 - Paris Cedex 09, site internet : www.acpr.banque-france.fr ;



Tableau des GARANTIES CAPITAL SENIOR

	BUDGET	ESSENTIELLE	SÉCURITÉ	EQUILIBRE	CONFORT	BIEN-ÊTRE
DENTAIRE						
Soins						
 Soins dentaires, prophylaxie, parodontologie, prévention remboursés par la Sécurité sociale 	100 %	100 %	150 %	200 %	225 %	275 %
- Inlays - onlays remboursés par la Sécurité sociale	100 %	100 %	150 %	200 %	225 %	275 %
- Bonus à compter de la 3 ^{ème} année d'assurance	Néant	+25 %	+50 %	+50 %	+75 %	+75 %
Soins et Prothèses dans le cadre du 100% Santé * (a) - Actes prothétiques remboursés par la Sécurité sociale entrant dans le cadre du panier de soins 100 % santé* sans reste à charge pour l'assuré (classe à prise en charge renforcée)	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral
Actes prothétiques hors cadre du 100% Santé* (Panier libre & maîtrisé)						
- Actes prothétiques remboursés par la Sécurité sociale	100 %	100 %	150 %	200 %	225 %	275 %
- Bonus à compter de la 3 ^{ème} année d'assurance	Néant	+25 %	+50 %	+50 %	+75 %	+75 %
Orthodontie						
- Actes d'orthodontie remboursés par la Sécurité sociale	100 %	100 %	150 %	200 %	225 %	275 %
Actes dentaires non remboursés						
- Implantologie, Parodontologie, Prophylaxie, Endodontie non remboursés par la Sécurité sociale - Forfait annuel par bénéficiaire	Néant	Néant	100€	150€	250 €	350 €
 Acte prothétiques ou Orthodontie non remboursés par la Sécurité sociale - Forfait annuel par bénéficiaire 	Néant	Néant	100€	150 €	250 €	350 €
Plafond annuel de remboursement hors soins dentaires 1 ère année et 2 ère année	Néant	Néant	Néant	500€	600€	700€
à partir de la 3 ^{ème} année	Néant	Néant	Néant	1 000 €	1 200 €	1 400 €
AIDES AUDITIVES						
Prestations assurées jusqu'au 31 décembre 2020 Aides auditives						
- Prothéses auditives remboursées par la Sécurité sociale	100 %	100 %	125 %	150 %	175 %	200 %
+ forfait prothèse auditive remboursée par la Sécurité sociale - par an et par bénéficiaire	Néant	50 €	75€	100€	125€	150 €
Prestations assurées à compter du 1er janvier 2021 Equipements 100 % santé* (a)						
 - Aides auditives remboursées par la Sécurité sociale de Classe I entrant dans le cadre du panier de soins 100 % santé* (classe à remboursement renforcé) - Renouvellement tous les quatre ans (d) 	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral
Equipements hors 100% santé*						
 - Aides auditives remboursées par la Sécurité sociale Hors panier de soins 100% santé* (Appareil de classe II à prix libre) - Renouvellement tous les quatre ans (d) - Remboursement maximum 1700€ par oreille à appareiller (d). 	100 %	100 %	125 %	150 %	175 %	200 %
+ forfait prothèse auditive remboursée par la Sécurité sociale - par an et par bénéficiaire	Néant	50 €	75€	100€	125€	150 €
Réforme 100% SANTE – A partir du 1er Janvier 2021	Z	éro reste à charge dans	la limite du panier Ai	de auditive 100 % Sar	nté	
SOINS A L' ETRANGER (3)						
Soins engagés à l'étranger remboursés par la Sécurité Sociale	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
ASSISTANCE - SERVICES						
Assistance santé	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI

BR (Base de remboursement): Tarif servant de référence à l'assurance maladie obligatoire pour déterminer le montant de son remboursement. Pour les actes réalisés par des praticiens non conventionnés, la base de remboursement

- OPTAM ou OPTAM-CO: Option Pratique Tarifaire Maîtrisée
- Remboursement maximum pour la monture 100 €
- Rbt Intégral : Remboursement Intégral
- · Verre simple : verre simple foyer dont la sphère est comprise entre 6,00 et + 6,00 ou dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00
- Verre complexe : verre simple foyer dont la sphère est supérieure à -6,00 ou +6,00 ou dont le cylindre est supérieur à 4,00 et verres multifocal ou progressif
- Verre très complexe : verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est hors zone de 8,00 à + 8,00 ou verre multifocal ou progressif sphérique dont la sphère est hors zone de 4,00 à + 4,00
- Hospitalisation en service spécialisé : Hospitalisation ou séjours en secteur de rééducation, convalescence, réadaptation fonctionnelle, maison de repos, de diététique, de sevrage thérapeutique, soins de suite ou en secteur de psychiatrie ou neuropsychiatrie

Garanties, exclusions et limitations de garantie

(1) Forfait journalier :

- Prise en charge illimitée du forfait journalier (hors régime local Alsace Moselle)

(2) Chambre particulière:

les frais de chambre particulière sont exclus de la garantie dans le cadre des hospitalisations de jour ou en service spécialisé sauf pour les options CONFORT (30 € par jour dans la limite de 30 jours par an) et BIEN ETRE (40 € par jour dans la limite de 45 jours par an) avec une limitation à 45 jours par an

(3) Soins à l'étranger :

- Sont pris en charge les frais médicaux chirurgicaux et/ou d'Hospitalisation lors d'un séjour temporaire dans le monde entier dès lors qu'il s'agit de soins inopinés et que ces frais donnent lieu à une prise en charge par le Régime obligatoire français. Les soins inopinés s'entendent des soins qui ne font pas l'objet d'une programmation. Ils s'appliquent aux personnes qui, lors d'un séjour à l'étranger tombent malades ou blessent et doivent de ce fait engager des dépenses médicales.

Informations 100 % Santé

* tels que définis réglementairement

(a) Remboursement dans la limite des prix fixés en application de l'article L.165-3 du Code de la Sécurité sociale. Pour le remboursement de prothèses dentaires entrant dans le cadre du panier 100% Santé* ou dans le panier à honoraires modérés, les remboursements sont limités aux honoraires limites de facturation (HLF) tels que définis par la réglementation.

(b) Les forfaits sont exprimés y compris remboursement de la Sécurité sociale.

Les remboursements intégrent la prestation d'appairage et supplément pour verres avec filtre en complément de la Sécurité sociale et à hauteur du ticket moderateur." (c) Pour l'appréciation de la période de deux ans permettant un renouvellement, le point de départ est fixé à la date d'acquisition du dernier équipement.

La période est ramenée à un an pour les assurés de plus de 16 ans, en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une dégradation des performances occulaires ou d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières prévues par la réglementation en vigueur.

Pour les assurés de moins de 16 ans, la période est ramenée à un an sauf dégradation des performances occulaires prévue par la réglementation en vigueur.

(d) Ces garanties s'appliquent aux frais exposés pour l'acquisition d'une aide auditive par période de quatre ans par oreille et par bénéficiaire dans les conditions précisées par la liste prévue à l'article L. 165-1. Pour l'appréciation de la période de quatre ans permettant un renouvellement, le point de départ est fixé à la date d'acquisition du dernier équipement.

Conformément à l'article R.871-2 du Code de la Sécurité sociale, le remboursement total des aides auditives de classe 2 est plafonné à 1700 € par oreille à appareiller. "

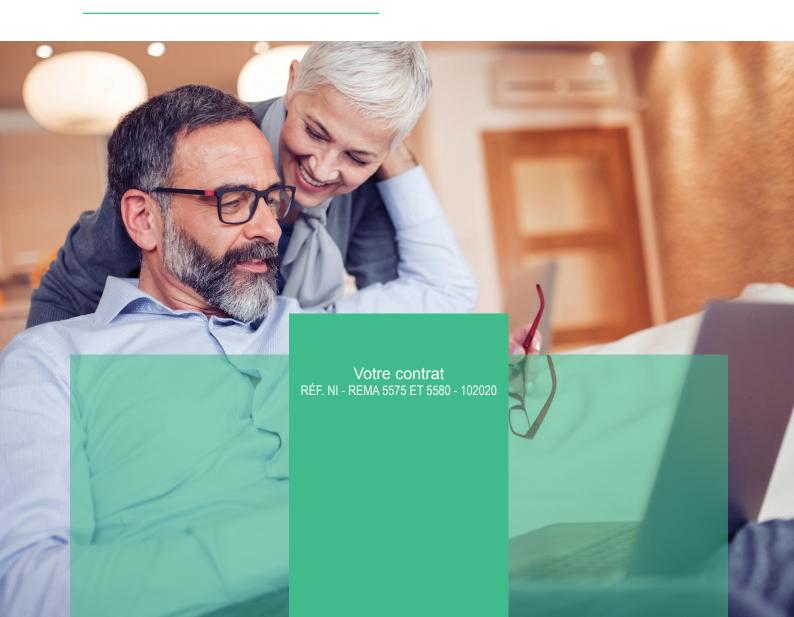
(e) Une aide auditive de classe I doit comporter au moins trois options de la liste A prévues par la réglementation en vigueur.

ECA-Assurances. 92-98, Boulevard Victor Hugo. BP 83. 92115 Clichy Cedex. SA au capital de 1 009 000 €. R.C.S. NANTERRE B 402 430 276. Code APE 6622 Z. N° de TVA Intra-communautaire: FR31 402 430 276. Société immatriculée à l'Orias sous le N° ORIAS 07 002 344 en qualité de Courtier en assurance (appartenant à la catégorie «b» selon l'article L.521-2 du code des assurances) Le registre des intermédiaires d'assurances est tenu à jour par l'ORIAS www.orias.fr.L'activité de courtier en assurance est placée sous le contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), 4 Place de Budapest, CS 92459 - 75436 - Paris Cedex 09, site internet : www.acpr.banque-france.fr ;



Notice d'information

CAPITAL SENIOR CAPITAL SENIOR



CONDITIONS GENERALES VALANT NOTICE D'INFORMATION

du contrat collectif complémentaire santé senior à adhésion facultative

CAPITAL SENIOR

Contrats 5575 et 5580 Réf. : NI - REMA 5575 et 5580 - 10/2020

Le contrat d'assurance complémentaire **CAPITAL SENIOR** a pour objet de vous garantir le remboursement de frais médicaux, chirurgicaux et / ou d'hospitalisation, constatés médicalement et ayant fait l'objet d'un remboursement préalable au titre de votre Régime obligatoire, occasionnés par l'un des événements suivants :

- maladie
- accident

Certaines prestations non couvertes par votre Régime obligatoire peuvent faire l'objet d'une participation de notre part si elles sont prévues par les garanties souscrites.

Les remboursements sont fonction des garanties choisies et indiquées au certificat d'adhésion. Ils ne peuvent en aucun cas être supérieurs aux dépenses réelles.

Le contrat n° 5580 0000 est éligible aux dispositions fiscales de la loi n° 94 – 126 du 11 février 1994 (dite loi Madelin). Le contrat n° 5575 0000 n'entre pas dans ce cadre fiscal et fait l'objet d'un contrat spécifique.

Les dispositions de la notice d'information qui suivent s'appliquent aux contrats n° 5575 0000 et 5580 0000. Le Contrat **CAPITAL SENIOR** est un produit d'assurance souscrit auprès de :

Réunion des mutuelles d'assurances régionales (REMA Assurances)

Siège social : 137, rue Victor-Hugo - 92300 LEVALLOIS-PERRET - RCS PARIS 775 626 377.

Société d'assurances mutuelle à cotisations variables -Entreprise régie par le Code des Assurances.

Par : Association Générale Interprofessionnelle de Solidarité (AGIS) Association loi 1901

7 rue Belgrand - 92300 Levallois-Perret

L'AGIS est une association souscriptrice qui a pour objet de conclure en faveur de ses membres des contrats d'assurance de groupe auprès d'organismes assureurs.

En sa qualité de souscriptrice, elle veille à la bonne exécution des conventions et les adapte en fonction des intérêts de ses membres. Chaque membre de l'association dispose d'un droit de vote à l'assemblée générale.

Le contrat **CAPITAL SENIOR** a été négocié auprès de l'Assureur, par ECA Assurances qui le commercialise à titre exclusif via son propre réseau commercial et un réseau d'intermédiaires d'assurances partenaires. Les garanties et services d'assistance sont assurés et gérés par **FILASSISTANCE INTERNATIONAL**, Société Anonyme au capital de 4 100 000€, régie par le Code des assurances, inscrite au RCS de Nanterre sous le n° 433 012 689, dont le siège social se situe au 108 Bureaux de la Colline, 92213 SAINT-CLOUD Cedex.

Le contrat **CAPITAL SENIOR** est régi par le Code des assurances français.

Le contrat **CAPITAL SENIOR** entre l'AGIS et l'assureur prend effet le 01 août 2018, et se renouvelle par tacite reconduction le 1er janvier de chaque année, sauf dénonciation par l'une des parties moyennant préavis de 3 mois.

En cas de résiliation du contrat entre l'AGIS et l'assureur :

- Aucune adhésion nouvelle ne pourra être enregistrée
- Chaque assuré garanti par ce contrat au moment de la résiliation, pourra le demeurer jusqu'à la fin des garanties. L'Association et l'assureur peuvent d'un commun accord réviser un ou plusieurs des contrats souscrits. Toute modification des droits et obligations des adhérents sera portée par écrit à la connaissance de l'ensemble des adhérents, selon les dispositions de l'article L. 141-4 du Code des assurances.

Le paiement de la nouvelle cotisation vaut acceptation des nouvelles conditions ; le non-paiement entraîne la résiliation de l'adhésion conformément à l'article 2.10.5 Le non-paiement des cotisations

L'Association et l'Assureur conviennent que le présent contrat est commercialisé à titre exclusif, via son propre réseau commercial par : ECA ASSURANCES

92/98 Boulevard Victor Hugo – 92115 CLICHY CEDEX SA de courtage d'assurances au capital de 1009 000 euros.

L'assureur a confié, aux termes d'une délégation, la gestion des adhésions émises dans le cadre du Contrat **CAPITAL SENIOR** à : ECA ASSURANCES

92/98 Boulevard Victor Hugo – 92115 CLICHY CEDEX SA de courtage d'assurances au capital de 1 009 000 euros

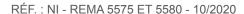
Le délégataire, dans le cadre de la Délégation de gestion qui lui est consentie par l'Assureur, apprécie tous les risques, délivre tous certificats, reçoit tous avis et communications, perçoit toutes les cotisations, en donne quittance et adresse tous avis et lettres recommandées. Il est désigné, le délégataire de gestion, dans le texte ciaprès.

Votre adhésion au contrat est :

- régie par le droit français. Sa validité et son exécution sont soumis au droit français. Elle est soumise à la réglementation fiscale française en accord avec l'AGIS, et vous-même, les parties s'engagent à utiliser la langue française pendant toute la durée de votre adhésion;
- constituée des éléments suivants :
- La présente Notice d'information qui définit les conditions d'application de votre adhésion au contrat, expose l'ensemble des garanties proposées et pouvant être souscrites. Elle vous informe sur les risques non couverts et vous indique également la marche à suivre pour obtenir les prestations.
- Le certificat d'adhésion qui précise notamment les différentes dispositions personnelles de votre adhésion, les personnes assurées, la formule assurée, l'étendue et les modalités des garanties effectivement souscrites.
- Le tableau des garanties qui précise les dépenses de santé assurées et le montant de la participation correspondante.

COMPLEMENTAIRE SANTE SENIOR

CAPITAL SENIOR





SOMMAIRE

CHAPITRE I. LES DEFINITIONS	p.5
CHAPITRE II - FONCTIONNEMENT DE VOTRE ADHESION 2.1 - Les personnes assurées 2.2 - Les conditions et formalités d'adhésion 2.3 - Vos déclarations 2.4 - Le choix de la formule de garanties 2.5 - La conclusion et la durée de l'adhésion au contrat 2.6 - La prise d'effet des garanties - Les délais d'attente - La cessation des garanties 2.7 - La suspension des garanties 2.8 - La résiliation de l'adhésion au contrat 2.9 - Le droit de renonciation en cas de démarchage à domicile ou de vente à distance 2.10 - Les cotisations 2.11 - La prescription 2.12 - La subrogation 2.13 - Les réclamations - La médiation 2.14 - L'autorité de contrôle 2.15 - La protection des données à caractère personnel	p.8 p.8 p.9 p.9 p.9 p.10 p.10 p.11 p.11 p.12 p.13 p.13 p.13 p.13
CHAPITRE III - EXPOSÉ DES GARANTIES 3.1 - Le cadre juridique 3.2 - Ce que garantit le contrat 3.3 - La modification des garanties 3.4 - L'étendue territoriale des garanties 3.5 - Filassistance	p.14 p.14 p.15 p.16 p.16 p.16
CHAPITRE IV - EXCLUSIONS ET LIMITATIONS DE GARANTIES 4.1 - Les cas où la garantie ne s'exerce pas 4.2 - Les limitations de la garantie santé	p.17 p.17 p.17
CHAPITRE V - LES REGLEMENTS DES PRESTATIONS 5.1 - Le règlement des prestations 5.2 - Les renseignements complémentaires 5.3 - Le contrôle et expertise 5.4 - Les délais à respecter 5.5 - Les sanctions	p.17 p.17 p.18 p.18 p.18 p.18

CHAPITRE I. LES DEFINITIONS

Accident

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

Acte de terrorisme

L'assureur se fonde sur l'article 421-1 du Code pénal. Toute évolution sera applicable au présent contrat. Constituent des actes de terrosrisme, lorsqu'elles sont intentionnellement en relation avec une entreprise individuelle ou collective ayant pour but de troubler gravement l'ordre public par l'intimidation ou la terreur, les infractions suivantes :

1° Les atteintes volontaires à la vie, les atteintes volontaires à l'intégrité de la personne, l'enlèvement et la séquestration ainsiquele détournement d'aéronef, de navire ou de tout autre moyen de transport, définis par le livre II du présent code ; 2° Les vols, les extorsions, les destructions, dégradations et détériorations, ainsi que les infractions en matière informatique définis par le livre III du présent code ;

3° Les infractions en matière de groupes de combat et de mouvements dissous définies par les articles 431-13 à 431-17 et les infractions définies par les articles 434-6 et 441-2 à 441-5 ;

4° Les infractions en matière d'armes, de produits explosifs ou de matières nucléaires définies par les articles 222-52 à 222-54,322-6-1 et 322-11-1 du présent code, le I de l'article L. 1333-9, les articles L. 1333-11 et L. 1333-13-2, le II des articles L. 1333-13-3 et L. 1333-13-4, les articles L. 1333-13-6, L. 2339-2, L. 2339-14, L. 2339-16, L. 2341-1, L. 2341-4, L. 2341-5, L. 2342-57 à L. 2342-62, L. 2353-4, le 1° de l'article L. 2353-5 et l'article L. 2353-13 du code de la défense, ainsi que les articles L. 317-7 et L. 317-8 à l'exception des armes de la catégorie D définies par décret en Conseil d'Etat, du code de la sécurité intérieure ;

5° Le recel du produit de l'une des infractions prévues aux 1° à 4° ci-dessus ;

6° Les infractions de blanchiment prévues au chapitre IV du titre II du livre III du présent code ;

7° Les délits d'initié prévus à l'article L. 465-1 du Code monétaire et financier.

Adhérent

La personne signant le bulletin d'adhésion et désignée au certificat d'adhésion.

Adhésion à distance

L'adhésion à distance au contrat **CAPITAL SENIOR** est réalisée au moyen d'une méthode de vente à distance (mailing, téléphone, Internet).

Age

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

An (par)

Désigne l'année civile

Attentat

L'assureur se fonde sur l'article 412-1 du Code pénal.

Toute évolution sera applicable au présent contrat.

Constitue un attentat le fait de commettre un ou plusieurs actes de violence de nature à mettre en péril les Institutions de la République ou à porter atteinte à l'intégrité du territoire national.

Avenant

Modification de l'adhésion au contrat et document matérialisant cette modification.

Ayants droit

Désigne sous réserve qu'ils soient inscrits au contrat :

- Le conjoint de l'adhérent bénéficiant d'un régime de Sécurité sociale
- Les enfants à la charge de l'adhérent ou de son conjoint.

Base de remboursement (BR)

Tarif servant de référence à l'assurance maladie obligatoire pour déterminer le montant de son remboursement. On parle de :

- Tarif de convention (TC) lorsque les actes sont effectués par un professionnel conventionné. Il s'agit d'un tarif résultant d'une convention signée entre l'assurance maladie obligatoire et les représentants des professions concernées par cette convention ;
- Tarif d'autorité (TA) pour les actes pratiqués par des professionnels de santé non conventionnés. Il s'agit d'un tarif forfaitaire servant de base de remboursement pour des actes pratiqués par des professionnels non conventionnés avec l'assurance maladie obligatoire. Ce tarif est très inférieur au tarif de convention;
- Tarif de responsabilité (TR) pour les médicaments, appareillages et autres biens médicaux.

Catégories de médecin

Il existe plusieurs catégories de médecins selon qu'ils aient adhéré ou non aux conventions nationales entre leur profession et les Régimes obligatoires d'assurance maladie.

Médecin conventionné en secteur 1

Il s'est engagé à pratiquer les honoraires fixés par la convention médicale dont il dépend et qui correspondent à la base de remboursement du Régime obligatoire.

Médecin conventionné en secteur 1 avec dépassement permanent (DP)

En raison de ses titres, il a reçu l'autorisation de pratiquer des dépassements dans certaines conditions. Ces dépassements ne sont pas remboursés par le Régime obligatoire.

Médecin conventionné en secteur 2

Il est autorisé à pratiquer des honoraires libres à condition qu'ils soient fixés avec « tact et mesure ». Ces dépassements ne sont pas remboursés par le Régime obligatoire. Cette possibilité de facturer des dépassements est aussi accordée aux chirurgiens-dentistes sur les tarifs des prothèses dentaires et de l'orthodontie.

Médecin conventionné ayant souscrit à l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM ou OPTAM-CO)

En souscrivant à l'option pratique tarifaire maîtrisée (anciennement contrat d'accès aux soins) définie par la convention médicale, le médecin peut pratiquer des dépassements d'honoraires mais il s'engage à modérer et stabiliser ses tarifs.

Médecin non conventionné

Il a choisi de se dégager personnellement de la convention. Il fixe lui-même son tarif. Les actes sont remboursés sur la base du tarif d'autorité.

Certificat d'Adhésion

Document émis par le Service Gestion de ECA ASSURANCES qui matérialise l'acceptation de la demande d'adhésion et précise les garanties acceptées par l'assureur. Il mentionne notamment le nom de l'adhérent et des personnes assurées, la date d'effet de la garantie, la formule de garantie souscrite, la date d'échéance, le montant de la cotisation à la date d'effet de la garantie.

Conjoint

On entend par conjoint:

- l'époux (se) de l'adhérent non divorcé(e) et non séparé(e) judiciairement ;
- le partenaire lié par un Pacs (pacte civil de solidarité) tel que défini à l'article 515-1 du Code civil ;
- le concubin de l'adhérent.

En cas de concubinage, l'assureur se réserve la possibilité de demander toute preuve de vie commune.

Couple

Est considéré comme couple, l'Adhérent et son Conjoint.

Date anniversaire de l'adhésion :

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

Date d'effet

Date à laquelle débute l'adhésion, les garanties prenant effet à l'expiration du délai d'attente. Elle est indiquée au certificat d'adhésion. Elle peut être différente de la date d'échéance principale.

Déchéance

C'est la perte du droit à la prestation due en cas de sinistre suite au non-respect de la part de l'adhérent de certaines dispositions du contrat.

Délai d'attente

Le délai d'attente est une période décomptée à partir de la date de prise d'effet, au terme de laquelle intervient le début de la garantie. Aucune prestation n'est due pour des frais engagés et événement survenant au cours de cette période, pendant toute la durée de l'adhésion. Le point de départ de cette période est la date d'effet indiquée au certificat d'adhésion

Délégataire

ECA ASSURANCES qui, dans le cadre de la Délégation de gestion qui lui est consentie par l'Assureur, a en charge la réalisation des tâches suivantes :

- Gestion des adhésions
- Gestion des cotisations
- Gestion des sinistres

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.

Domicile

Lieu de résidence principale ou adresse de l'adhérent ou de l'assuré précisé au certificat d'adhésion.

Dossier d'adhésion

Documents contractuels matérialisant l'adhésion, remis par ECA ASSURANCES à l'adhérent :

- Certificat d'adhésion
- Notice d'information
- Tableau des garanties
- Echéancier annuel des cotisations
- -L'IPID
- -le document pour le droit de renonciation

Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée (DPTAM)

Sur la base du volontariat, les médecins signataires s'engagent à limiter le taux de dépassement d'honoraires et à réduire le reste à charge des assurés. Si ces engagements sont respectés, les professionnels de santé peuvent prétendre à une « rémunération spécifique ».

Ces dispositifs sont constitués de l'Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée ou OPTAM, destinée à l'ensemble des médecins, et de l'OPTAM-CO, destinée aux médecins qui exercent en chirurgie et en obstétrique.

Échéance

Date de paiement de la cotisation ou d'une fraction de celle-ci si vous avez opté pour un paiement semestriel, trimestriel ou mensuel.

Echéance principale

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

Enfants

Sont considérés comme tels les enfants à charge de l'adhérent ou de son conjoint, à condition toutefois :

- Qu'ils soient à leur charge au sens de la Sécurité sociale
- Qu'ils aient moins de 28 ans, et poursuivent des études scolaires ou universitaires, et soient couverts par le régime de leurs parents ou par le régime de la Sécurité sociale des étudiants, et sous réserve qu'ils n'exercent pas une profession à temps complet ou
- Qu'ils aient moins de 26 ans, et qu'ils soient en apprentissage ou entrés dans le cadre des contrats de formation, jusqu'au terme de leur cursus, et perçoivent dans tous les cas une rémunération maximum de 55% du Smic (salaire minimum interprofessionnel de croissance);
- Ou quel que soit leur âge, s'ils perçoivent une des allocations pour adultes handicapés (loi du 30 juin 1975), sous réserve que cette allocation leur ait été attribuée avant leur 21^{ème} anniversaire.

L'assureur se réserve le droit de demander des justificatifs.

Forfait annuel

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

Franchise médicale

En vigueur depuis le 1^{er} 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'élève 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.

Hospitalisation

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

Long séjour

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

Maladie

Toute altération de la santé constatée par une autorité médicale compétente.

Nomenclatures des actes de la Sécurité sociale

Elles listent les actes et biens médicaux remboursables et servent de base pour les calculs des remboursements des Régimes obligatoires et complémentaires. Les nomenclatures utilisées sont la Nomenclature générale des actes professionnels (NGAP), la Classification commune des actes médicaux (CCAM), la Liste des produits et prestations (LPP) et la Table nationale de biologie (TNB).

Nous

Désigne l'assureur mentionné au certificat d'adhésion.

Nullité

C'est l'annulation pure et simple du contrat ou de l'adhésion qui est censé(e) alors n'avoir jamais existé.

Parcours de soins

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 du médecin traitant. Certains médecins spécialistes peuvent être consultés sans pour autant passer par le médecin traitant, il s'agit des gynécologues, ophtalmologues, stomatologues et pour les bénéficiaires âgés de 16 à 25 ans des psychiatres et neuro psychiatres.

Plafond annuel de remboursement

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

Participation forfaitaire

En vigueur depuis le 1er janvier 2005, la participation forfaitaire est une somme de 1 euro laissée à la charge du patient pour tous les actes et consultations réalisés par un

médecin, ainsi que pour tous les actes de biologie et de radiologie. Cette participation est due par tous les assurés sociaux à l'exception :

- des enfants de moins de 18 ans :
- des femmes enceintes à partir du 6ème mois de grossesse .
- et des bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) ou de l'Aide médicale de l'État (AME).

Le nombre de participations forfaitaires est plafonné à 4 euros par jour pour le même professionnel de santé et le même bénéficiaire, et à un montant de 50 euros par année civile et par personne.

Période de garantie

Elle correspond à la période pendant laquelle les garanties du contrat vous sont acquises. Elle débute à la prise d'effet de votre affiliation et cesse à la date de résiliation de votre adhésion.

Régime obligatoire - RO

Le Régime obligatoire d'assurance maladie de Sécurité sociale français auprès duquel sont affiliés les assurés de l'adhésion au contrat.

Résiliation

C'est la cessation des effets de l'adhésion.

Service Hospitalier Spécialisé

Etablissement hospitalier qui prend en charge les maladies ou déficiences non somatiques (troubles psychiatriques, déficiences mentales, addictions...)

Sinistre

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

Tarif d'autorité - TA

Tarif forfaitaire servant de base de remboursement au Régime obligatoire pour les actes pratiqués par des professionnels de santé non conventionnés avec l'assurance maladie obligatoire.

Tarif de convention - TC

Tarif de base utilisé par le Régime obligatoire pour le calcul des remboursements d'actes réalisés par un professionnel de santé conventionné. Il est déterminé conventionnellement entre les organismes de la Sécurité sociale, les fédérations des différents praticiens de santé et les établissements de soins.

Tarif de responsabilité - TR

Tarif de base utilisé par le Régime obligatoire pour le calcul du remboursement des médicaments, appareillages et autres biens médicaux.

Ticket modérateur - TM

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

Transport

Le transport sanitaire du malade ou de l'accidenté de son domicile ou du lieu de l'accident à l'hôpital (ou à la clinique) le (ou la) plus proche. L'assuré garde le libre choix de l'établissement hospitalier.

Vous

Désigne l'adhérent.

CHAPITRE II: LE FONCTIONNEMENT DE VOTRE ADHESION

2.1 Les personnes assurées

Pour bénéficier des garanties vous devez :

- être membre de l'AGIS
- · résider en France, ou dans les Outre-Mer,
- être majeur civilement responsable.
- être affilié auprès d'un Régime obligatoire en tant qu'assuré social ou ayant droit,
- être âgé à l'adhésion d'au moins 55 ans

En cas de non-respect de ces dispositions, vous vous exposez à ce que la nullité de votre adhésion au contrat **CAPITAL SENIOR** soit prononcée.

Votre conjoint et/ou enfants à charge peut également être assurés au titre de votre adhésion, sous réserve qu'il réponde à la définition du lexique. Il est alors inscrit au Certificat d'adhésion et désigné dans la présente notice d'information par le terme « Conjoint »/ « Enfants ».

Dispositions spécifiques au contrat n° 5580 0000 (Loi Madelin : Contrat réservé aux seuls adhérents sous statut TNS souhaitant bénéficier de la possibilité de déductibilité fiscale des cotisations de leur régime complémentaire santé) :

Pour adhérer à ce contrat vous devez relever du Régime Obligatoire d'assurance maladie des travailleurs non-salariés et vous engager à être à jour, pendant toute la durée de votre adhésion au contrat, de vos cotisations auprès des régimes obligatoires de base.

2.2 Les conditions et formalités d'adhésion

2.2.1- La demande d'adhésion

Quel que soit le mode d'adhésion au contrat, vous devez remplir, dater et signer une demande d'adhésion comportant :

- Les garanties choisies,
- Des indications relatives à la situation personnelle et professionnelle des personnes à assurer.

Un complément d'information peut être demandé lors de l'étude du dossier.

L'ensemble des réponses aux questions de la demande d'adhésion est obligatoire. Le défaut de réponse aura pour conséquence le non examen du dossier.

L'acceptation de l'adhésion est conditionnée aux réponses aux différents questionnaires.

Vous vous engagez à déclarer à l'Assureur toute modification relative à votre situation entre la date de signature de la demande d'adhésion et la date à laquelle vous recevez votre certificat d'adhésion.

En cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle, l'adhérent et l'assuré, s'il est différent, s'exposent à la nullité de l'adhésion, conformément à l'article L. 113-8 du Code des assurances.

2.2.2- Les modalités d'adhésion

L'adhésion au contrat **CAPITAL SENIOR** s'effectue selon l'une des modalités proposées et mises à disposition par ECAASSURANCES :

Adhésion par écrit sur support papier

La demande d'adhésion ainsi complétée et signée doit être adressée à ECA ASSURANCES, accompagnée

des pièces demandées et nécessaires à l'acceptation de l'adhérent. Par la signature, vous manifestez votre accord sur les conditions de votre adhésion au contrat dont vous avez au préalable pris connaissance.

Après acceptation de l'assureur, vous recevrez par voie postale ou par voie électronique votre dossier d'adhésion.

Adhésion par voie téléphonique

L'adhésion est réalisée sur la base des renseignements que vous fournissez, lors de l'entretien téléphonique, en réponse à la demande d'adhésion qui vise à recueillir les éléments permettant votre identification et l'évaluation du risque à assurer. Après accord de votre part sur les conditions et caractéristiques de votre adhésion au contrat **CAPITAL SENIOR**, et acceptation de l'assureur, vous recevez par voie postale ou électronique votre dossier d'adhésion. Vous avez également la possibilité d'imprimer l'intégralité des documents sur le site, via votre espace personnel.

L'adhérent, l'Assureur et l'Association conviennent :

- que les enregistrements des conversations, préalablement autorisés par l'adhérent, sont conservés par ECA ASSURANCES et qu'ils constituent la preuve de l'identité de l'adhérent, de son consentement à l'adhésion au contrat **CAPITAL SENIOR**, de la teneur du contrat, des moyens de paiement de la cotisation et des opérations effectuées en cours d'adhésion.
- qu'un document électronique peut constituer un mode de preuve au même titre qu'un support papier et ce, quand bien même, la preuve apportée par l'adhérent consisterait en un document établi sur support papier.

Adhésion par internet

Vous adhérez au contrat **CAPITAL SENIOR** par internet sur le site www.self-assurance.fr mis en ligne par ECA ASSURANCES. En nous communiquant votre adresse électronique, vous acceptez que les informations relatives à l'exécution de votre adhésion vous soient transmises à cette adresse. En cas de changement d'adresse électronique, vous devez nous en informer dans les plus brefs délais.

Tout au long de la procédure d'adhésion, vous êtes informé de manière claire et compréhensive des différentes étapes à suivre pour la conclusion de l'adhésion, ainsi que des caractéristiques essentielles et des cotisations du contrat.

CAPITAL SENIOR.

L'adhésion est réalisée sur la base des renseignements que vous complétez en réponse à la demande d'adhésion qui vise à recueillir les éléments permettant votre identification et l'évaluation du risque à assurer.

En signant électroniquement la demande d'adhésion, vous manifestez votre accord sur les conditions de votre adhésion au contrat **CAPITAL SENIOR** dont vous avez au préalable pris connaissance de la Notice d'information, et vous vous engagez également sur l'exactitude de l'ensemble de vos déclarations. Le processus de signature électronique, assuré par le prestataire **DocuSign**, est entièrement sécurisé et garantit l'authenticité et l'intégrité des informations que vous avez communiquées. La signature électronique est un élément indispensable à la validité de votre adhésion.

Dès votre adhésion finalisée, le certificat d'adhésion qui matérialise l'acceptation de l'assureur et comporte le

numéro de votre adhésion est émis. Vous recevez un e-mail de confirmation à l'adresse électronique que vous nous avez communiquée, attestant de l'enregistrement de votre adhésion en ligne par ECA ASSURANCES. Cet e-mail contient un lien vous permettant d'accéder à nouveau à l'ensemble de votre dossier d'adhésion. Votre adhésion est réputée conclue à la d'envoi dudit mail.

Chaque document contractuel mis à votre disposition, via le mail de confirmation qui vous est adressé, peut faire l'objet d'une impression sur support papier et d'un enregistrement au format PDF sur le disque dur de votre ordinateur. Ces documents sont également archivés sur un support fiable et durable, et sont accessibles à tout moment dans votre espace personnel pendant un délai conforme aux exigences légales.

2.3 Vos déclarations

2.3.1- À l'adhésion

L'adhésion est établie d'après vos déclarations et la cotisation fixée en conséquence.

Vous devez répondre à l'adhésion avec précision aux questions et demandes de renseignement figurant dans la proposition d'assurance.

Vous devez déclarer les garanties de même nature souscrites par vous auprès d'autres assureurs.

2.3.2- En cours d'adhésion

En cours d'adhésion, et conformément à l'article L 113-2 du code des assurances, l'Assuré doit informer l'Assureur de tout changement de situation, et notamment:

- tout changement de la composition de la famille (mariage, décès);
- toute cessation ou changement d'affiliation d'un des assurés au Régime obligatoire;
- toute modification des éléments renseignés dans la proposition d'assurance ;
- tout changement de domicile ou fixation hors de France,
- · tout changement d'adresse électronique,
- toute souscription de garanties de même nature auprès d'autres assureurs ;

Si les éléments modifiés constituent :

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

Les déclarations en cours de contrat doivent être faites par lettre recommandée ou envoi recommandé électronique adressé à ECA ASSURANCES, dans un délai de 15 jours à partir du moment où vous en avez eu connaissance, sous peine des sanctions prévues par le Code des assurances.

2.3.3- La validité de vos déclarations

Vos déclarations et communications servent de base à l'application de votre adhésion et de la garantie, et n'ont d'effet que si elles sont parvenues à ECA ASSURANCES par écrit, ou à défaut, confirmées par lui-même dans un

document écrit lorsque vous l'aurez informé par un autre moven.

L'emploi de documents ou la production de renseignements inexacts ayant pour but ou pour effet d'induire ECA ASSURANCES ou l'Assureur en erreur sur les causes, circonstances, conséquences ou montant d'un sinistre entraîne la perte de tous droits à l'assurance.

2.3.4- Les conséquences de la fausse déclaration

Toute réticence, fausse déclaration intentionnelle, toute omission ou déclaration inexacte entraîne l'application des sanctions prévues par le Code des assurances :

- -article L. 113-8 Nullité du contrat ;
- -article L. 113-9 Réduction des indemnités.

2.4 Le choix de la formule de garanties

Le contrat est composé de plusieurs formules de garanties à votre choix.

Au moment de l'adhésion, vous avez la possibilité de choisir la formule de garanties la mieux adaptée à votre situation. Votre choix devra être reporté sur votre bulletin d'adhésion et vaudra tant pour vous-même que pour votre conjoint/enfants à charge s'il est ayant droit de votre adhésion.

2.5 La conclusion et la durée de l'adhésion au contrat

2.5.1- La conclusion de l'adhésion

L'adhésion au contrat est conclue par l'accord entre l'Adhérent et l'Assureur.

L'acceptation de l'Assureur est matérialisée par l'émission de votre certificat d'adhésion qui indique la date d'effet de l'adhésion, la nature, l'étendue, le montant des garanties ainsi que le détail de la cotisation.

La date de conclusion de l'adhésion est celle de l'acceptation par l'Assureur qui sera indiquée sur votre certificat d'adhésion.

L'adhésion prend effet à la date indiquée au certificat d'adhésion et sous réserve du paiement de la première cotisation. La date d'effet des garanties ne peut être antérieure à la date de conclusion de l'adhésion. Les mêmes dispositions s'appliquent à tout avenant à l'adhésion.

2.5.2- La durée de l'adhésion

Les garanties prennent effet à la date indiquée au certificat d'adhésion, pour une période qui expire le 31 décembre suivant. Elles sont ensuite tacitement reconduites le 1er janvier de chaque année, sauf dénonciation de l'adhérent, de l'assureur, ou de l'association, dans les conditions mentionnées à l'article 2.8. Résiliation de l'adhésion aux contrats.

L'adhésion prend fin à l'extinction de la totalité de vos garanties d'assurance.

2.6 La prise d'effet des garanties – Les délais d'attente – La cessation des garanties

2.6.1- La prise d'effet

La date d'effet des garanties est indiquée au certificat d'adhésion. L'adhésion produira ses effets le lendemain du jour du paiement de la première cotisation ou fraction de cotisation et au plus tôt à la date fixée au certificat d'adhésion. La date d'effet des garanties ne peut être antérieure à la date de conclusion de l'adhésion.

Lorsque l'adhérent demande, postérieurement à son

adhésion, l'extension de sa garantie pour un membre de sa famille, jusqu'alors non assuré dans le cadre de l'adhésion, la date d'effet de la garantie de ce nouvel assuré débutera, au plus tôt après expiration du délai d'attente éventuel, le premier jour du mois qui suit la réception de la demande par ECA-Assurances.

2.6.2- Les délais d'attente

Les garanties du contrat ne comportent pas de délai d'attente sauf :

- Frais chambre particulière en cas d'hospitalisation en secteur spécialisé ou en Centre Hospitalier Spécialisé (hors hospitalisation pour cause accident) 60 jours
- Frais de lit accompagnement en cas de parent malade de plus de 80 ans (hors hospitalisation pour cause accident)
 60 jours

2.6.3- La cessation des garanties

- -La garantie est viagère. Elle cesse toutefois:
- -dès que l'assuré ne répond plus à la définition des personnes assurées
- -à l'égard de chaque assuré, à la date d'effet de la résiliation de l'adhésion

2.7 La suspension des garanties

Votre adhésion et les garanties qui y sont attachées sont suspendues en cas de :

- non-paiement des cotisations selon les dispositions prévues par le Code des assurances.

En cas de suspension l'adhésion et les garanties reprennent effet le lendemain du jour où :

- les cotisations arriérées, celles venant à échéance, les éventuels frais de poursuite et de recouvrement ont été payés en cas de non-paiement
- L'assuré revient vivre en France après un séjour :
- de plus de 2 mois en une ou plusieurs périodes en dehors du territoire français ;

La suspension des garanties entraîne pour chaque assuré, la perte de tout droit à prestations se rapportant à des accidents, maladie survenus pendant cette période.

2.8 La résiliation de l'adhésion au contrat

2.8.1- Par l'Adhérent

L'adhésion peut être résiliée :

- L'Adhérent a la faculté de résilier le Contrat à l'échéance annuelle fixée au 31 décembre moyennant le respect d'un préavis de deux mois. La résiliation prend alors effet à la date de l'échéance annuelle.
- A l'expiration d'un délai d'un an à compter de la date d'effet, l'adhérent peut résilier par écrit son contrat à tout moment, en notifiant sa demande de résiliation auprès d'ECA- Assurances.

La résiliation peut également être notifiée, par le nouvel organisme assureur ou l'un de ses représentants par une lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique, auprès d'ECA-Assurances et sous réserve que ces derniers disposent d'un mandat écrit de la part de l'adhérent.

L'adhérent reçoit un avis de la part d'ECA-Assurances, indiquant la date de prise d'effet de la résiliation.

La fraction de cotisation postérieure à la date d'effet de la résiliation et qui a été payée d'avance, sera remboursée à l'adhérent après restitution de sa carte de tiers payant et dans un délai de trente jours à compter de la date

d'effet de la résiliation. À défaut de remboursement dans ce délai, les sommes dues produisent de plein droit des intérêts de retard au taux légal.

En tout état de cause, la fraction de cotisation correspondant à la garantie qui s'est exercée nous reste entièrement acquise.

- en cas de disparition de circonstances aggravantes mentionnées au certificat d'adhésion ou en cas de diminution du risque, si l'Assureur refuse de réduire ses cotisations en conséquence (article L. 113-4 du Code des assurances).
- en cas de changement ou de cessation définitive d'activité professionnelle entraînant une modification dans la nature et la portée des garanties. La résiliation doit intervenir dans les 3 mois suivant la connaissance de l'événement et prend effet un mois après sa notification (article L. 113-16 du Code des assurances).
- en cas de révision des cotisations selon les dispositions de l'article 2.10.3 La révision du tarif.
- L'ajustement, à l'échéance principale, de la cotisation en fonction de l'âge ne constitue pas un motif de résiliation pour l'Adhérent.

2.8.2- Par l'Assureur

L'adhésion peut être résiliée en cas de :

- non-paiement des cotisations ;
- réticence ou fausse déclaration intentionnelle du risque à l'adhésion ou en cours de contrat ;
- aggravation du risque en cours d'adhésion (non lié à l'état de santé), si l'Assuré n'accepte pas le tarif proposé;
- •fraude ou tentative de fraude pour obtenir des prestations indues, étant précisé que l'assuré sera déchu de tout droit à prestations en cas de déclaration de sinistre frauduleuse
- •en cas de procédure de sauvegarde (article L. 622-13 du Code de commerce), de redressement judiciaire (art. L. 631-14 du Code de commerce), ou de liquidation judiciaire (article L 641-11-1 du Code de commerce) de l'adhérent, et dans le respect des dispositions du code de commerce.

2.8.3- De plein droit

- En cas de retrait de l'agrément de l'Assureur ;
- en cas de décès de l'adhérent,
- •pour chaque assuré selon les garanties choisies et couvertes, dans les conditions prévues à l'article 2.6.3 La cessation des garanties.

Lorsque l'un des renforts est souscrit en option, la résiliation s'effectue dans les mêmes conditions que la garantie principale.

En cas de perte de la qualité d'adhérent à l'AGIS (résiliation du contrat par l'association ou démission de l'adhérent de l'association), l'adhésion au contrat CAPITAL SENIOR est maintenue jusqu'au 31 décembre de l'année en cours. Si la résiliation du contrat CAPITAL SENIOR est à l'initiative de l'assureur, celuici s'engage à maintenir des garanties équivalentes aux adhérents qui en feront la demande.

En cas de résiliation de l'adhésion, les prestations sont dues pour les soins et traitement en cours, jusqu'à la date d'effet de la résiliation de l'adhésion.

2.9 Le droit de renonciation en cas de démarchage à domicile ou de vente à distance

2.9.1- Démarchage à domicile

2.9.1.1) - Définitions

«Toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, et qui signe dans ce cadre une proposition d'assurance ou un contrat à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique avec demande d'avis de réception pendant le délai de quatorze jours calendaires révolus à compter du jour de la conclusion du contrat, sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités.»

2.9.1.2) - Modalités et conditions de renonciation

L'adhérent a la faculté de renoncer à son adhésion dans un délai de 14 jours calendaires révolus à la date de conclusion du contrat (date indiquée sur le certificat d'adhésion). Il doit pour cela adresser à l'assureur sa demande par lettre recommandée avec accusé de réception. Le contrat ne doit pas avoir été conclu dans le cadre d'une activité professionnelle.

2.9.1.3) - Modèle de lettre de renonciation

Je soussigné(e) (nom et prénom de l'adhérent), demeurant à (domicile principal) ai l'honneur de vous informer que je renonce à mon adhésion au contrat CAPITAL SENIOR N° (numéro d'adhésion) que i'ai signé le (date).

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

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

(Indiquez le lieu, la date et votre signature).

2.9.2- Vente à distance

«Toute personne physique ayant conclu à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle un contrat à distance dispose d'un délai de 14 jours calendaires révolus pour renoncer, sans avoir à justifier de motif ni à supporter de pénalités».

2.9.2.1) - Exécution immédiate du contrat

Le contrat peut être exécuté immédiatement et intégralement à compter de sa conclusion à la demande expresse de l'adhérent.

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

2.9.2.2) - Modèle de lettre de renonciation

L'adhérent a la faculté de renoncer à son adhésion dans un délai de 14 jours calendaires révolus, sans motif ni pénalités. Ce délai commence à courir :

a) soit à compter du jour où le contrat à distance est conclu b) soit à compter du jour où l'intéressé reçoit les conditions contractuelles et les informations, conformément à l'article L. 222-6 du Code de la Consommation, si cette dernière date est postérieure à celle mentionnée au a). Il doit pour cela adresser à l'assureur sa demande par lettre recommandée avec accusé de réception. Le contrat ne doit pas avoir été conclu dans le cadre d'une activité professionnelle.

2.9.2.3) - Modèle de lettre de renonciation

Je soussigné(e) (nom et prénom de l'adhérent), demeurant à (domicile principal) ai l'honneur de vous informer que je renonce à mon adhésion au contrat **CAPITAL SENIOR** N° (numéro d'adhésion) que i'ai signé le (date).

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

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

(Indiquez le lieu, la date et votre signature).

2.9.2.4) - Conséquence de la renonciation

Si des prestations ont été versées, l'adhérent s'engage à rembourser à l'assureur les montants perçus dans un délai de trente jours suivant la renonciation.

2.9.2.5) - Articles

L. 112-2-1 du Code des assurances

2.10 Les cotisations

2.10.1- Le montant des cotisations

En début d'assurance, le montant de la cotisation correspondant à la formule choisie est fixé en fonction de l'âge des personnes assurées à la prise d'effet de l'adhésion et du lieu du domicile de l'adhérent.

Il évolue également contractuellement, à chaque échéance principale, en fonction de l'âge des assurés.

2.10.2 - La variation des cotisations

Les cotisations évoluent à chaque échéance principale de l'adhésion en fonction de l'évolution des taux d'accroissement des dépenses de santé publiés par la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés et de la structure de nos remboursements.

Il est convenu que si les bases techniques de détermination de ces taux d'accroissement venaient à être profondément modifiées, un nouvel indice de variation des cotisations serait défini.

Les cotisations peuvent également évoluer afin de prendre en compte les modifications des prestations allouées par votre Régime obligatoire et / ou toutes modifications législatives et réglementaires.

Dans ce cas la cotisation sera modifiée à partir de l'échéance qui suit immédiatement l'événement ou à la prochaine échéance principale de l'adhésion.

Les cotisations incluent l'ensemble des taxes et contributions, toute modification ou ajout de taxe ou contribution de nature fiscale ou sociale impliquera une variation de cotisations.

2.10.3 - La révision du tarif

L'assureur peut également être amené à modifier son tarif en cas d'évolution des résultats techniques constatée sur une ou plusieurs formules ou sur une catégorie de risques ou de garanties.

Les révisions tarifaires interviennent à partir de l'échéance qui suit immédiatement l'événement ou à la prochaine échéance principale de l'adhésion.

Dans cette hypothèse, vous aurez la faculté de résilier votre adhésion conformément à l'article 2.8 La résiliation de l'adhésion au contrat.

2.10.4 - Le paiement des cotisations

Pour chaque année d'assurance, la cotisation est annuelle et payable d'avance. Nous pouvons accepter des paiements:

- semestriels
- trimestriels
- mensuels (uniquement par prélèvement automatique) Il en est alors fait mention au *Certificat d'adhésion*.

2.10.5 - Le non-paiement des cotisations

Conformément à l'article L. 113-3 du Code des assurances, l'assureur peut actionner une procédure de résiliation visée à l'article 2.8 *La résiliation de l'adhésion au contrat* en cas de non-paiement d'une ou des cotisations.

2.11 La prescription

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

• Délai de prescription

Article L. 114-1

Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance. Toutefois, ce délai ne court :

- 1) en cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'assureur en a eu connaissance.
- 2) en cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là. Quand l'action de l'assuré contre l'assureur a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'assuré ou a été indemnisé par ce dernier. La prescription est portée à dix ans dans les contrats d'assurance sur la vie lorsque le bénéficiaire est une personne distincte du souscripteur et, dans les contrats d'assurance contre les accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'assuré décédé. Pour les contrats d'assurance sur la vie, nonobstant les dispositions du 2e alinéa ci-dessus, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès de l'assuré.

• Causes d'interruption de la prescription Article L. 114-2

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée 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.

• Caractère d'ordre public de la prescription Article L. 114-3

Par dérogation à l'article 2254 du Code civil, les parties

au contrat d'assurance ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci.

•Les causes ordinaires d'interruption

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription visées à l'article L. 114-2 précité sont celles prévues selon les termes et conditions des articles suivants du Code civil :

Article 2240 du Code civil

-Reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait

La reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription.

Article 2241 du Code civil

- Demande en justice

La demande en justice, même en référé, interrompt le délai de prescription ainsi que le délai de forclusion.

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

Article 2242 du Code civil

L'interruption résultant de la demande en justice produit ses effets jusqu'à l'extinction de l'instance.

Article 2243 du Code civil

L'interruption est non avenue si le demandeur se désiste de sa demande ou laisse périmer l'instance, ou si sa demande est définitivement rejetée.

Article 2244 du Code civil

- Mesure conservatoire et acte d'exécution forcée

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

Article 2245 du Code civil

- Étendue de la prescription quant aux personnes

L'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription contre tous les autres, même contre leurs héritiers.

En revanche, l'interpellation faite à l'un des héritiers d'un débiteur solidaire ou la reconnaissance de cet héritier n'interrompt pas le délai de prescription à l'égard des autres cohéritiers, même en cas de créance hypothécaire, si l'obligation est divisible. Cette interpellation ou cette reconnaissance n'interrompt le délai de prescription, à l'égard des autres codébiteurs, que pour la part dont cet héritier est tenu.

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

Article 2246 du Code civil

L'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance interrompt le délai de prescription contre la caution.

Les causes de report du point de départ ou les causes de suspension de la prescription visées à l'article L. 114-3 du Code des assurances sont énumérées aux articles 2233 à 2239 du Code civil reproduits ci-après dans leur version en vigueur au 1^{er} janvier 2018 :

Article 2233 du Code civil

La prescription ne court pas :

- 1) à l'égard d'une créance qui dépend d'une condition, jusqu'à ce que la condition arrive ;
- 2) à l'égard d'une action en garantie, jusqu'à ce que l'éviction ait lieu ;
- 3) à l'égard d'une créance à terme, jusqu'à ce que ce terme soit arrivé.

Article 2234 du Code civil

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

Article 2235 du Code civil

Elle ne court pas ou est suspendue contre les mineurs non émancipés et les majeurs en tutelle, sauf pour les actions en paiement ou en répétition des salaires, arrérages de rente, pensions alimentaires, loyers, fermages, charges locatives, intérêts des sommes prêtées et, généralement, les actions en paiement de tout ce qui est payable par années ou à des termes périodiques plus courts.

Article 2236 du Code civil

Elle ne court pas ou est suspendue entre époux, ainsi qu'entre partenaires liés par un pacte civil de solidarité.

Article 2237 du Code civil

Elle ne court pas ou est suspendue contre l'héritier acceptant à concurrence de l'actif net, à l'égard des créances qu'il a contre la succession.

Article 2238 du Code civil

La prescription est suspendue à compter du jour où, après la survenance d'un litige, les parties conviennent de recourir à la médiation ou à la conciliation ou, à défaut d'accord écrit, à compter du jour de la première réunion de médiation ou de conciliation. La prescription est également suspendue à compter de la conclusion d'une convention de procédure participative ou à compter de l'accord du débiteur constaté par l'huissier de justice pour participer à la procédure prévue à l'article L. 125-1 du Code des procédures civiles d'exécution.

Le délai de prescription recommence à courir, pour une durée qui ne peut être inférieure à six mois, à compter de la date à laquelle soit l'une des parties ou les deux, soit le médiateur ou le conciliateur déclarent que la médiation ou la conciliation est terminée. En cas de convention de procédure participative, le délai de prescription recommence à courir à compter du terme de la convention, pour une durée qui ne peut être inférieure à six mois. En cas d'échec de la procédure prévue au même article, le délai de prescription recommence à courir à compter de la date du refus du débiteur, constaté par l'huissier, pour une durée qui ne peut être inférieure à six mois.

Article 2239 du Code civil

La prescription est également suspendue lorsque le juge fait droit à une demande de mesure d'instruction présentée avant tout procès. Le délai de prescription recommence à courir, pour une durée qui ne peut être inférieure à six mois, à compter du jour où la mesure a été exécutée.

Ces différents articles peuvent évoluer en cours de vie du contrat. Ces articles sont disponibles à la rubrique « Les codes en vigueur » du site Internet du service public de la diffusion du droit (http://www. legifrance. gouv.fr) ou sur simple demande écrite auprès de l'assureur.

2.12 La subrogation

En cas d'accident avec un tiers responsable, l'assureur exercera son recours conformément à l'article L. 121-12 du Code des assurances à concurrence des prestations et indemnités versées à l'assuré.

2.13 Les réclamations – La médiation

2.13.1- La réclamation

Votre premier contact : votre interlocuteur habituel

En cas de réclamation, vous avez la possibilité de consulter notre charte RECLAMATION, accessible sur notre site (http://www.eca-assurances.com/assurances/reclamation.php) ou sur demande, qui vous donnera la procédure à suivre.

En cas d'insatisfaction de la réponse apportée par le service Relation Clients, vous pouvez adresser votre réclamation par mail à l'adresse suivante : reclamation@ eca-assurances.com

Votre deuxième contact : le service réclamations

En cas de persistance de votre désaccord, vous pouvez saisir la cellule Supervision Réclamation à l'adresse : Supervision réclamation ECA Assurances – 92/98 boulevard Victor Hugo - BP 83 – 92115 CLICHY cedex – superviseur-reclamation@eca- assurances.com

2.13.2 - La médiation

En dernier recours : le médiateur de l'assurance Le médiateur de l'assurance ne peut être saisi qu'après épuisement des procédures internes, à l'adresse suivante :

LA MEDIATION de L'ASSURANCE. POLE PLANETE CSCA.TSA 50110. 75441 PARIS cedex 09.

La Médiation de l'Assurance ne peut être saisie si une action contentieuse a été ou est engagée. Le Médiateur de l'Assurance exerce sa mission en toute indépendance. Vous pouvez également vous adresser à l'ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution), 4 Place de Budapest, CS 92459, 75436 PARIS cedex 09 Tel : 01 49 95 40 00.

2.14 L'autorité de contrôle

L'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) est l'organe de supervision français de la banque et de l'assurance - 4 Place de Budapest, CS 92459 75436 Paris Cedex 09.

2.15 La protection des données à caractère personnel

<u>Collecte et finalités d'utilisation de vos données personnelles</u>

Conformément à la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée, les données à caractère personnel recueillies pour le compte de l'Assureur font l'objet d'un traitement informatisé pour permettre à notre délégataire et à son réseau d'apporteurs de vous contacter et/ou de vous adresser toute proposition ou documentation dans le cadre de votre recherche d'une solution d'assurance, puis le cas échéant pour la passation, la gestion et l'exécution des contrats d'assurance. Vos données sont également traitées dans le cadre de l'application de la réglementation en matière de lutte contre le blanchiment de capitaux, et le financement du terrorisme, de lutte contre les fraudes, la

mise en place de virements ou prélèvements bancaires, et la réalisation d'études statistiques.

Les co-responsables de traitement sont :

- Swiss Life Assurance et Patrimoine (SLAP),
- Swiss Life Prévoyance & Santé (SLPS)
- Swiss Life Assurances de Biens (SLAB)

dont le siège social est 7, rue Belgrand – 92300 Levallois-Perret et ECA Assurances, Courtier en assurances, société anonyme immatriculée au RCS de Nanterre sous le numéro 402 430 276 dont le siège social se situe au 92/98 boulevard Victor Hugo 92115 Clichy Cedex.

Les bases légales du traitement de vos données personnelles et, le cas échéant, celles de vos enfants mineurs, sont la passation, la gestion et l'exécution de votre contrat d'assurance ou votre consentement explicite recueilli lors de la collecte des données. Vous acceptez expressément le recueil et le traitement des données concernant votre santé. Ces données sont nécessaires à la gestion de votre contrat et de vos garanties, et sont traitées dans le respect des règles de confidentialité médicale. Elles sont exclusivement destinées aux Médecins-conseil ou services d'ECA en charge de la gestion de vos garanties.

Pour les mêmes finalités que celles énoncées ci-dessus et à des fins de prospection, ces données pourront être utilisées par les entités d'ECA Assurances et de son groupe et pourront, le cas échéant, être transmises à nos partenaires, mandataires, réassureurs, organismes professionnels et fonds de garantie, sous-traitants missionnés ainsi qu'aux organismes d'assurance des personnes impliquées et aux organismes et autorités publics.

Si un transfert hors de l'Union européenne des données personnelles collectées et traitées devait être réalisé, des garanties seraient prises pour encadrer juridiquement ce transfert et assurer un bon niveau de protection de ces données.

Conservation de vos données personnelles

Vos données personnelles sont conservées dans le cadre des finalités mentionnées ci-dessus et conformément aux obligations légales en vigueur pour une durée de 10 ans à compter du terme de votre contrat d'assurances.

Vos droits à la protection de vos données

Vous disposez des droits d'accès, de rectification, d'effacement et d'opposition relativement à l'ensemble des données vous concernant. Vous disposez également du droit à la limitation du traitement et du droit de demander le transfert de vos données (droit à la portabilité). Vous pouvez retirer à tout moment le consentement accordé à l'utilisation de vos données.

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

Conformément à la loi « informatique et libertés », vous bénéficiez d'un droit d'accès, de portabilité, de rectification, de suppression et d'opposition aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en nous adressant votre demande par courrier à ECA ASSURANCES,

à l'attention du DPO, BP 83, 92/98 boulevard Victor Hugo, 92115 Clichy Cedex ou par courriel à dpo@eca-assurances.com, accompagnée d'une pièce d'identité. Votre demande sera traitée par le Délégué à la Protection des Données. Concernant vos données de santé, ces droits s'exercent en plus par courrier postal auprès du Médecin-conseil de l'Assureur (adresse postale dans vos documents contractuels).

Vous avez la faculté d'introduire une réclamation :

- •En adressant un courrier à ECA ASSURANCES, à l'attention du DPO, BP 83, 92/98 boulevard Victor Hugo, 92115 Clichy Cedex ou par courriel à dpo@eca-assurances.com
- Sur le site de la CNIL en remplissant un formulaire de plainte en ligne ou par courrier postal en écrivant à : CNIL 3 Place de Fontenoy TSA 80715 75334 PARIS CEDEX 07 ».

Sécurité

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

Notification en cas de violations de données à caractère personnel

En cas de violation de vos données à caractère personnel, nous vous informons dans les meilleurs délais, lorsqu'elle est susceptible d'engendrer un risque élevé pour vos droits et libertés.

Nous vous informons, en des termes clairs et simples, de la nature de la violation de données à caractère personnel et vous communiquons :

- ▶ La description de la nature de la violation de données à caractère personnel y compris, si possible, les catégories et le nombre approximatif de personnes concernées par la violation et les catégories et le nombre approximatif d'enregistrements de données à caractère personnel concernés :
- ► Le nom et les coordonnées du délégué à la protection des données ou d'un autre point de contact auprès duquel des informations supplémentaires peuvent être obtenues ;
- ► La description des conséquences probables de la violation de données à caractère personnel ;
- ▶ La description des mesures prises ou que les coresponsables du traitement proposent de prendre pour remédier à la violation de données à caractère personnel, y compris, le cas échéant, les mesures pour en atténuer les éventuelles conséquences négatives.

CHAPITRE III: LES GARANTIES

3.1 Le cadre juridique

Le contrat respecte l'ensemble des conditions posées par les pouvoirs publics pour répondre à la définition de contrat « solidaire » et de contrat « responsable ». De ce fait, il peut bénéficier des aides fiscales et sociales prévues par la législation.

Par contrat « solidaire », on entend un contrat frais de santé dont l'adhésion n'est pas soumise à des formalités médicales et dont les cotisations ne sont pas déterminées 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 à l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale et ses textes réglementaires d'application. À ce titre, en termes de garantie il doit prévoir des règles et interdictions de prise en charge :

Les 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;
- · des cures thermales.
- 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).
- respecter le plafond prévu en cas de 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).

La prise en charge ne pourra pas dépasser la plus petite des deux limites suivantes : 100 % du tarif de responsabilité et le montant de prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins souscripteurs minoré d'un montant égal à 20% du tarif de responsabilité

- respecter un plafond et un plancher de remboursement sur les frais d'optique.
- permettre à l'assuré de pouvoir bénéficier, au moins à hauteur des tarifs de responsabilité, du mécanisme de tiers payant sur les garanties prévues pour les contrats responsables.

En tout état de cause, aucune exclusion ne peut être opposée à la prise en charge des frais dans le cadre des obligations de couverture précisées ci-dessus.

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

Les garanties de votre contrat sont conformes avec ces dispositions. En cas d'évolutions législatives et/ou 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).

3.2 Ce que garantit le contrat

Dans les conditions et limites de la garantie choisie, mentionnées au certificat d'adhésion et reprise au tableau de garanties, le contrat garantit :

•le remboursement des frais médicaux ;

- · le versement d'indemnités forfaitaires ;
- la dispense d'avance de frais (Tiers payant).

3.2.1- Le remboursement des frais médicaux

L'hospitalisation médicale ou chirurgicale

- -les frais de séjour secteur conventionné ou non conventionné ;
- -les interventions chirurgicales;
- -les actes d'anesthésie et d'obstétrique ;
- -l'hospitalisation à domicile ;
- -les frais de transport du malade accepté par le Régime Obligatoire;
- -le forfait hospitalier pour une durée illimitée ;
- -la chambre particulière à l'exclusion de l'hospitalisation de jour ou en service spécialisé ;
- -Frais de location TV (hors maternité)
- -le remboursement d'un lit d'accompagnant : parent malade de plus de 80 ans (à l'exclusion de l'hospitalisation en service spécialisé);

L'hospitalisation de jour ou secteur spécialisé

- -les frais de séjour et honoraires secteur conventionné hospitalisation de jour ou service spécialisé ;
- -le forfait hospitalier pour une durée illimitée ;
- -la chambre particulière ;

Le dentaire

- -les soins dentaires, la prophylaxie, la parodontologie et la prévention remboursés par la Sécurité sociale
- -les inlays et onlays remboursés par la Sécurité sociale
- -l'orthodontie remboursée par la Sécurité sociale
- -les prothèses dentaires et inlay-cores remboursés par la Sécurité sociale dans la limite des plafonds indiqués au certificat d'adhésion
- -les frais dentaires non remboursés par la Sécurité sociale, l'implantologie, les prothèses, l'orthodontie, la parodontologie dans les limites des montants indiqués au certificat d'adhésion.

Les garanties dentaires remboursées sont majorées dans les conditions et limites précisées dans les dispositions personnelles à compter de la 3ème année. Cette majoration est réalisée sur le taux de garantie de la 1ère année : + 25% de la BR sur les actes dentaires pris en charge par le RO. Selon la formule choisie, il peut être prévu sur le poste dentaire un plafond de remboursement par an et par bénéficiaire (hors soins et orthodontie). Son montant est mentionné dans le tableau des garanties correspondant à la formule de garantie souscrite joint au certificat d'adhésion de l'adhérent.

Lorsque le plafond annuel de remboursement dentaire est atteint, et sous réserve que la prestation concernée soit prise en charge par le Régime Obligatoire de l'assuré, la garantie interviendra dans les conditions prévues pour les contrats responsables.

L'optique

- -les verres :
- -la monture ;
- -les lentilles cornéennes remboursées ou non par la Sécurité sociale;
- -la chirurgie réfractive.

Pour répondre aux critères des contrats « responsables », la garantie Santé comprend un forfait optique dont le montant incluant le *Ticket modérateur* est mentionné

au tableau des garanties. Le remboursement des frais d'optique est limité à un équipement complet (monture + 2 verres) par période de 2 ans et par bénéficiaire. La prise en charge de la monture au sein de l'équipement est limitée à 100 €. La période de 2 ans s'apprécie à compter de la date de prise d'effet de la garantie de l'adhésion de chaque assuré.

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

Si le contrat n'offre pas de garantie optique au-delà des tarifs de responsabilité, le ticket modérateur sera couvert systématiquement et il ne sera pas limité à une prise en charge tous les deux ans.

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

La médecine courante

- -les consultations et visites ;
- -les actes pratiqués par les auxiliaires médicaux ;
- -les analyses et examens de laboratoires ;
- -les actes de radiologie, d'imagerie, d'échographie ;
- -les actes de spécialité : les actes techniques médicaux (ATM) ;
- -les médecines douces et auxiliaires médicaux non remboursées (Ostéopathes, Acupuncteurs, Diététiciens, Chiropracteurs, Pédicures, Podologues, Homéopathes) si prescrites sur ordonnance par un médecin. (Un forfait par an et par bénéficiaire)

La pharmacie

-les médicaments et l'homéopathie remboursée par la Sécurité sociale.

Les prothèses et les appareillages

- -les prothèses auditives, orthopédiques et capillaires ;
- -le versement d'un forfait annuel et par bénéficiaire pour les prothèses auditives.

Les cures thermales

-le versement d'un forfait par an et par bénéficiaire, en cas de cure thermale prise en charge par la Sécurité sociale.

Les soins à l'étranger

-Remboursement des soins reçus à l'étranger et pris en charge par le RO.

Les actes de prévention

Les dépenses de prévention remboursées par le RO sont prises en charge dans la limite de 2 actes par an et par bénéficiaire.

3.2.2- La dispense d'avance de frais (Tiers payant)

Les assurés bénéficient de la dispense d'avance des frais, au moins à hauteur des tarifs de responsabilité, sur les prestations faisant l'objet des garanties prévues pour les contrats responsables et indiquées sur l'attestation de tiers payant.

La prise en charge peut être obtenue sur simple présentation de votre attestation de tiers payant en cours de validité, sous réserve que le professionnel de santé ou l'établissement de santé accepte le tiers payant.

En dehors du parcours de soins, le tiers payant n'est pas possible.

3.3 La modification des garanties

Les modifications de garanties à la hausse ou à la baisse ne pourront se faire qu'à la date d'échéance principale de l'adhésion, sous réserve d'en effectuer la demande au moins deux mois avant cette date.

En cas d'augmentation de garantie, les délais de carence sont réinitialisés et les plafonds dentaires de première année du nouveau niveau de garantie sont applicables.

De même, toute modification de garantie annule le nombre d'années d'adhésion pris en compte pour l'attribution du bonus fidélité en dentaire.

Les modifications s'appliquent à l'ensemble des assurés de l'adhésion.

3.4 L'étendue territoriale des garanties

La garantie remboursement des frais médicaux, chirurgicaux et/ou d'hospitalisation, de votre contrat s'exerce dans tous les pays, à partir du moment où le Régime obligatoire français intervient.

3.5 Filassistance international

Dans le cadre de votre adhésion au contrat **CAPITAL SENIOR**, vous bénéficiez de la garantie assistance. Les prestations d'assistance accordées aux bénéficiaires sont présentées dans les conventions d'assistance souscrites auprès de la société FILASSISTANCE INTERNATIONAL ci-après nommée l'assisteur. Le détail de ces garanties est détaillé dans l'annexe 1 jointe à votre notice d'information valant conditions générales.

CONTRAT COLLECTIF N°000002005 ECA-ASSURANCES ASSISTANCE SANTE SENIOR CONVENTION D'ASSISTANCE

COMMENT CONTACTER FILASSISTANCE INTERNATIONAL

Téléphone : 01 70 36 06 52Télécopie : 01 53 21 24 88

24 heures sur 24, en indiquant le numéro de votre

convention d'assistance : 000002005

IMPORTANT: Pour que les prestations d'assistance soient acquises, FILASSISTANCE INTERNATIONAL doit avoir été prévenue (par téléphone, fax) et avoir donné son accord préalable ECA-ASSURANCES a souscrit au profit de ses adhérents la présente convention d'assistance n°000002005 auprès de FILASSISTANCE INTERNATIONAL.

Les dispositions qui suivent ont pour objet de définir les prestations d'assistance accordées aux bénéficiaires définis ci-dessous.

Ces prestations sont assurées et gérées par FILASSISTANCE INTERNATIONAL, Société Anonyme au capital de 4 100 000€, régie par le Code des assurances, inscrite au RCS de Nanterre sous le n° 433 012 689, dont le siège social se situe au 108 Bureaux de la Colline, 92213 SAINT-CLOUD Cedex.

ECA-Assurances est une société anonyme decourtage d'assurances, immatriculée sous le n°402 430 276 RCS NANTERRE, dont le siège social est situé 92/98 Boulevard Victor Hugo BP 8392115 CLICHY Cedex. Inscrite au registre ORIAS sous le numéro 07 002 344 (www.orias.fr).

CHAPITRE IV : LES EXCLUSIONS ET LIMITATIONS DE GARANTIES

4.1 Les cas où la garantie ne s'exerce pas

Sont exclus le remboursement de frais de soins qui sont la conséquence de maladies et d'accidents, ainsi que leurs suites et conséquences résultant :

- d'une faute intentionnelle ou dolosive de l'assuré ainsi que ses conséquences, ayant causé et / ou susceptible de causer un dommage à un tiers. Le tiers visé ci-avant s'entend comme toute personne physique ou morale, en ceux y compris toute autorité chargée du maintien de l'ordre et de la sécurité ou les établissements publics ;
- de l'usage de drogues ou de stupéfiants non médicalement prescrits ou de substances illicites ;
- de l'alcoolisme, de l'ivresse ou de la démence ;
- de la participation de l'assuré à des rixes sauf légitime défense;
- · de la guerre étrangère, de la guerre civile ;
- de la participation active ou la complicité de l'assuré à des émeutes et mouvements populaires, à des actes de terrorisme et de sabotage et d'attentat ou de troubles quels qu'ils soient et où qu'ils aient lieu;
 de cataclysme;
- de la désintégration du noyau atomique, de l'émission de radiation ionisante et tout phénomène de radioactivité.

Sont également exclus de la garantie les frais de soins résultant :

- •de maladies médicalement constatées ou accidents survenus à l'occasion du service national ou de périodes militaires supérieures à un mois ;
- d'hospitalisations et séjours en établissement, centre ou service dit de long séjour ;
- •de traitements esthétiques non consécutifs à un accident garanti ;
- de frais de diététique (hospitalisation et traitements) ;
- de cures de rajeunissement, sommeil et amaigrissement ainsi que leurs suites;
- de traitements par psychanalyse;
- •de frais de voyage et de séjour en établissement thermal, en établissement médico-social, en établissement à caractère sanitaire, de vacances, en aérium, home d'enfants ;
- •de la pratique des sports à titre professionnel ou à titre amateur avec compétitions au niveau national ou international ainsi que les entraînements y afférent;
- de la pratique des sports mécaniques et aériens (ainsi que l'alpinisme et la spéléologie).
- •les frais de chambre particulière et de télévision lors de séjour en Centre Hospitalier Spécialisé.

4.2 Les limitations de la garantie santé

Pendant les six premiers mois d'assurance, le remboursement des honoraires des médecins, chirurgiens et anesthésistes non adhérents DPTAM, au cours d'une hospitalisation, est limité aux garanties de la formule BIEN-ETRE.

- Les frais de télévision sont pris en charge dans la limite de 15 jours par an.
- •Pour les séjours en secteur spécialisé ou en Centre Hospitalier Spécialisé, la prise en charge de la chambre particulière est limitée à 30 jours par an pour la formule CONFORT et à 45 jours par an pour la formule BIENETRE.
- Les frais d'otique sont remboursés dans la limite d'un équipement complet (Verres+Monture) par période de 2 ans

En aucun cas, le versement de prestations, même effectué à plusieurs reprises, ne saurait constituer une renonciation de l'Assureur à l'une des exclusions de garanties prévues au contrat.

CHAPITRE V

5.1 Le règlement des prestations

5.1.1- La procédure simplifiée

La 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 de votre régime obligatoire français.

Si vous ne souhaitez pas bénéficier de cette possibilité, vous devez le notifier par écrit à ECA ASSURANCES.

Le règlement de notre participation s'effectuera alors selon la procédure classique.

Le tiers payant

Une attestation de tiers payant est délivrée à l'adhérent lors de la mise en place des garanties afin de permettre aux assurés la dispense d'avance de frais pour les prestations indiquées sur l'attestation selon les modalités précisées. L'utilisation de l'attestation de tiers payant n'est acquise, sous peine de poursuites, que si l'adhérent est à jour de ses cotisations au jour de l'utilisation de ladite attestation. En cas d'utilisation frauduleuse de l'attestation de tiers payant, l'assureur pourra demander à l'adhérent le remboursement des sommes exposées auprès des professionnels de santé consultés.

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

5.1.2- La procédure classique

Lorsque vous ne bénéficiez pas de la télétransmission, ou que le règlement des frais n'a pas été effectué directement au professionnel de santé, pour obtenir le remboursement des dépenses prises en charge selon la formule de garanties souscrite, vous devez faire parvenir à ECA ASSURANCES les pièces mentionnées ci-après, accompagnées, le cas échéant, du refus de prise en charge du Régime obligatoire.

5.1.2.1) Les remboursements de la garantie santé

La médecine courante

- Les décomptes originaux des prestations du régime obligatoire

L'hospitalisation

- L'original du décompte des prestations du régime obligatoire.
- Les originaux des factures de l'établissement hospitalier, les notes d'honoraires des chirurgiens et autres frais acquittés justifiant les dépenses réelles, lorsque les frais n'ont fait l'objet d'aucun remboursement par le régime obligatoire.

L'optique

- L'original du décompte du régime obligatoire; la facture détaillée établie par l'opticien.
- La facture détaillée acquittée établie par l'opticien pour les lentilles prescrites non remboursées.

Le dentaire

- L'original du décompte du régime obligatoire; la facture détaillée établie par le dentiste.

La chirurgie réfractive

- La prescription médicale, ainsi que l'original de la facture détaillée de l'établissement hospitalier

Les prothèses et les appareillages

- L'original du décompte du régime obligatoire; la facture détaillée.

La médecine naturelle non remboursée

- Les notes d'honoraires et autres factures acquittées justifiant les dépenses réelles ; l'original de l'ordonnance établie par un médecin.

Pour tenir compte de la situation particulière de certains dossiers, l'assureur et ECA ASSURANCES se réservent la possibilité de demander des pièces complémentaires

à celles figurant dans le tableau ci-dessus. Le cumul des divers remboursements obtenus par l'adhérent ne peut excéder la dépense réelle.

5.1.3- Le paiement des prestations

Le remboursement des frais médicaux est toujours établi à l'ordre de l'adhérent pour l'ensemble des assurés et effectué en France dans la monnaie légale de l'État Français.

5.2 Les renseignements complémentaires

Notre médecin-conseil peut vous demander tous renseignements complémentaires sur la maladie ou l'accident traité, et notamment de répondre à un questionnaire ou de fournir une attestation médicale.

Vous devez lui communiquer ces renseignements directement, et à son attention exclusive.

5.3 Le contrôle et expertise

Sauf cas de force majeure, l'assuré malade ou accidenté doit, le cas échéant, à notre demande, se soumettre à l'examen d'un médecin mandaté par nous. L'assuré a la possibilité de se faire représenter par un médecin de son choix. Les honoraires du médecin que nous avons mandaté sont à notre charge, l'assuré conservant à sa charge ceux éventuellement exposés en cas d'assistance par le médecin de son choix.

La décision sera communiquée à l'assuré par notre médecin-conseil.

Toute contestation de l'adhérent sur les conclusions de l'expert entraînera la procédure qui suit :

Expertise contradictoire : en cas de désaccord sur les conclusions de l'expert de l'assureur, les parties peuvent procéder à une expertise amiable contradictoire durant laquelle chacune d'elles devra se faire assister par le médecin de son choix. Chaque partie paie les frais et honoraires de son médecin

Compromis d'arbitrage : si un désaccord sur l'état de santé de l'adhérent subsiste après l'expertise contradictoire, les parties intéressées pourront convenir, si elles le souhaitent, de s'en remettre à un médecin tiersarbitre désigné d'un commun accord. Faute d'entente sur le choix de ce dernier, il sera désigné par le président du tribunal de grande instance du domicile de l'adhérent situé en France.

Chaque partie paie les frais et honoraires du médecin qui l'assiste. En revanche, les honoraires du tiers arbitre, ainsi que, s'il y a lieu, les frais de sa nomination judiciaire sont payés par moitié par chacune des parties.

5.4 Les délais à respecter

Les demandes de remboursement doivent parvenir à ECA ASSURANCES dans un délai de deux ans suivant la date de cessation des soins, sous peine de déchéance. Le délai est ramené à trois mois en cas de résiliation de l'adhésion.

5.5 Les sanctions

Si l'assuré ne respecte pas un des points précédemment énoncés, nous pouvons refuser notre remboursement.