



Notice d'Information
tirée des Dispositions Générales AGF N° 10 008 235

TITRE I - OBJET DU CONTRAT

Le contrat est régi par le Code des assurances, notamment par les dispositions du Titre IV du Livre I dudit Code relatif aux Assurances de Groupe.

Il a pour objet de proposer des garanties « frais de santé » aux membres de l'Association Santé des régions de France et à leurs ayants-droits tels que définis au Titre IV des présentes Conditions Générales.

Plusieurs formules de garanties accordant des niveaux différents de prestations sont proposées à l'intéressé qui, lors de sa souscription, opte pour une formule de garantie indiquée sur le Certificat d'Assurance.

Le contrat est constitué des présentes Dispositions Générales définissant les obligations réciproques des parties, et du Certificat d'Assurance précisant les garanties effectivement souscrites par l'Assuré ainsi que le montant des prestations et des cotisations.

La gestion de ce contrat est confiée par l' Association Santé des régions de France au Cabinet ROEDERER, Courtier en Assurances, 2 rue Bartisch 67100 STRASBOURG. ORIAS N° 07000336 www.oriass.fr

Tel : 03.88.76.73.00, Fax : 03.88.76.73.10.

TITRE II - ADHESION

Article 2-1 Conditions d'adhésion

Affiliation

Les personnes souhaitant être affiliées à ce contrat doivent remplir et signer une Demande Individuelle d'Affiliation ou le formulaire mis à leur disposition sur le site Internet www.mutuelle2sante.com. A cette occasion, elles optent pour l'un des régimes facultatifs de garanties proposés au contrat. Elles prennent alors la qualité d'assuré.

L'Assureur se réserve la possibilité de subordonner son acceptation à la production de toute information complémentaire qu'il juge nécessaire.

Entrée en vigueur des garanties

Pour chaque assuré, l'affiliation prend effet à la date indiquée dans la Demande Individuelle d'Affiliation sous réserve que celle-ci parvienne à l'assureur dans les trente jours qui suivent ladite date.

Celle-ci ne peut pas être antérieure à la date d'effet du contrat.

Les assurés doivent :

- remplir la demande individuelle d'adhésion fournie par l'Assureur pour leur permettre de préciser les garanties retenues et l'identité des membres de la famille à affilier à la garantie **Santé**,
- régler les cotisations dues jusqu'à la première échéance de prélèvement automatique.

Durée et renouvellement de l'affiliation

Sous réserve du paiement des cotisations, l'affiliation est effectuée pour une période se terminant le 31 décembre de l'année au cours de laquelle elle a pris effet.

L'affiliation se renouvelle par tacite reconduction le 1^{er} janvier de chaque année pour une durée de un an sauf dénonciation de celle-ci par l'Assuré au moyen d'une lettre recommandée envoyée au plus tard deux mois avant la date de renouvellement.

Article 2.2 Effet des garanties

Les garanties sont effectives pour chaque personne remplissant les conditions d'adhésion :

- au 1er jour du mois en cours ou suivant la cessation du bénéfice des garanties antérieures lorsque la demande individuelle d'adhésion parvient chez l'Assureur dans les trois mois au plus tard suivant la date de cette cessation, et sur présentation d'un certificat de radiation de l'ancien assureur.
- au 1er jour du mois suivant la réception de la demande individuelle si elle se situe au-delà du délai précité, ou si le certificat de radiation fait état d'une antériorité d'assurance supérieure à 3 mois.

Article 2.3 Restrictions Temporaires de garanties

Pour les assurés (chefs de famille ou ayants-droit) qui n'ont pas bénéficié, au cours des deux mois précédant l'adhésion au contrat, de garanties « frais de santé » comportant un niveau de prestations équivalent au niveau souscrit, des limitations temporaires de garanties seront appliquées aux garanties "200 T" et 300 T" : pour les garanties « optique » et « dentaire », les prestations seront limitées à celles du niveau inférieur pendant 6 mois.

Ces restrictions temporaires de garanties peuvent être abrogées sur présentation d'un certificat de radiation ou d'une attestation d'assurance datant de moins de deux mois et d'un résumé des garanties antérieures présentant des niveaux de garanties au moins équivalents à la garantie demandée sur les postes « dentaire » et « optique ».

Article 2.4 Cessation des garanties

L'Assuré peut demander sa radiation de l'assurance, et par conséquent celle des membres de sa famille, au 31 décembre de chaque année avec un préavis de 2 mois au moyen d'une lettre recommandée, à effet au plus tôt, du 31 décembre de l'exercice.

La radiation d'un ou des membres de sa famille est possible à tout moment, en cas de modification de la situation de famille. La radiation prendra effet le 1^{er} jour du mois civil qui suit la réception de la demande.

Les membres de la famille dont l'adhésion résulte du décès de l'assuré principal ont également cette possibilité.

La radiation de l'Assuré entraîne simultanément, tant pour l'Assuré que pour les membres de sa famille s'ils étaient garantis, la suppression du droit aux prestations pour tous les actes et soins intervenus à compter de la date de cessation même s'ils ont débuté ou été prescrits avant ladite date.

Toutefois, en cas d'hospitalisation ayant débuté avant cette date et se poursuivant sans discontinuité après celle-ci, le remboursement des frais liés à cette hospitalisation est prolongé, au plus tard, jusqu'au 60^{ème} jour consécutif d'hospitalisation à compter de la date de cessation des garanties.

Par ailleurs, à défaut de paiement des cotisations à l'Assureur dans les 10 jours suivant leur échéance, toutes les garanties sont suspendues quarante jours après l'envoi par celui-ci, d'une lettre recommandée constituant la mise en demeure prévue à l'article L141-3 du Code des Assurances.

Au delà de ce délai, si les cotisations n'ont toujours pas été payées, l'adhésion de tous les membres de la famille concernée est résiliée de plein droit.

TITRE III - AUTRES DISPOSITIONS

3.1 Révision

Les conditions du présent Contrat tiennent compte des dispositions législatives et réglementaires, notamment du Code de la Sécurité sociale en vigueur à la date d'effet de celui-ci.

Si ces dernières venaient à être modifiées en cours du Contrat, celui-ci continuerait de s'appliquer compte tenu des dispositions précitées en vigueur avant l'effet de ces modifications.

Toutefois, l'Assureur se réserve la possibilité de procéder à une révision du Contrat, au plus tôt, à compter de la date d'effet des nouvelles dispositions de la Sécurité sociale.

Les Assurés, conservent néanmoins la possibilité de demander dans les trente jours suivant la notification de l'Assureur la résiliation du contrat sans délai de préavis.

La résiliation prendra alors effet le premier jour du mois civil suivant la demande de l'Assuré ou à compter de la date de modification proposée si elle est postérieure.

Dans ce dernier cas, les conditions de garanties et de cotisations sont maintenues jusqu'à la date de résiliation sur les bases en vigueur avant lesdites modifications.

3.2 Territorialité

Sauf stipulation contraire mentionnée aux Dispositions Particulières, les garanties sont acquises :

- aux Assurés relevant du régime général ou du régime Local de la Sécurité sociale.

Lorsque l'accident ou la maladie est survenu hors de France métropolitaine, le versement des prestations s'effectue après le retour de l'Assuré en France métropolitaine. Pour le calcul des prestations, l'Assureur prend en compte le taux de change moyen dans le trimestre civil qui précède la date des soins.

3.3 Prescription

Conformément à l'article L 114-1 du Code des assurances, toutes actions dérivant du Contrat et d'adhésions au contrat sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

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

3.4 Recours

Conformément au Code des assurances le bénéficiaire des prestations autorise l'Assureur à se substituer à l'Assuré ou à la victime aux fins d'action contre le ou les responsables.

3.5 Médiation et réclamations

Lorsque des Assurés souhaitent obtenir des précisions, leur interlocuteur habituel **AGF** est en mesure d'étudier au fond toutes leurs demandes et réclamations.

Si, au terme de cet examen, un différend subsiste, l'assuré peut adresser leur réclamation à :

AGF Collectives – Service Relations Clientèle –
Tour Neptune – 20 place de Seine – 92086 La Défense Cedex.

Enfin, en cas de désaccord définitif avec l'Assureur relatif à une garantie, l'Assuré aura la faculté de faire appel au médiateur, dont l'Assureur lui fournira sur simple demande, les coordonnées, et ceci sans préjudice des autres voies d'actions légales.

3.6 Renonciation

Conformément aux dispositions de l'article L 112-9 du Code des assurances, l'adhérent dispose d'un délai de 14 jours calendaires à compter de l'émission du certificat d'assurance précisant la date de prise d'effet des garanties (ledit certificat valant notification de la conclusion de l'adhésion) pour renoncer à son adhésion par lettre recommandée avec demande d'avis de réception, sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités, sous la seule condition de n'avoir eu connaissance de la survenance d'aucun sinistre mettant en jeu une garantie du contrat à la date de renonciation à l'adhésion.

MODÈLE DE LETTRE DE RENONCIATION

En recommandé avec avis de réception à adresser à :

GROUPE ROEDERER, 2 rue Bartisch 67 100 STRASBOURG

« Je soussigné ... (nom, prénom et adresse de l'Assuré) déclare renoncer, en application de l'article L 112-9 du Code des assurances, à ma demande d'adhésion n° signée le ... au régime et demande le remboursement de la somme de€ que j'ai réglée.

Date et Signature »

TITRE IV – LES GARANTIES ET PRESTATIONS SANTE

Article 4.1 Bénéficiaires des garanties

La catégorie de bénéficiaires indiquée au Titre I des présentes Dispositions Générales peut être :

- Les Assurés seuls ;
- Les Assurés et les membres de leur famille désignés ci-après et bénéficiant du régime général ou du régime local de la Sécurité sociale (dénommés bénéficiaires) :

- le conjoint

Nous entendons par conjoint, le conjoint de l'Assuré marié ou à défaut le partenaire lié par un Pacte civil de Solidarité « PACS » à l'Assuré, ou à défaut le concubin de l'Assuré.

Nous considérons comme concubin, la personne vivant maritalement avec l'Assuré sous réserve que les deux conditions cumulatives suivantes soient remplies :

- qu'ils soient tous deux libres de tout lien matrimonial,
- que l'Assuré nous ait déclaré son concubinage lors de son affiliation, ou dans les six mois suivant l'organisation de la vie commune si celle-ci est postérieure à sa date de l'affiliation, avec production d'un certificat de vie commune délivré par la mairie ou de tout justificatif de domicile commun de nature contractuelle ou émanant d'un organisme administratif,

- les enfants ayant droit aux prestations du régime général du fait de l'immatriculation de l'Assuré ou de son conjoint, visés à l'article L 313-3 du Code de la Sécurité sociale, ou lorsqu'ils n'ont plus ce droit du fait de leur âge
- et jusqu'à la fin du trimestre civil de leur 28e anniversaire :
 - . s'ils sont affiliés à la Sécurité sociale des Étudiants,
 - . s'ils suivent une formation sous contrat en alternance,
 - . s'ils sont inscrits à l'ANPE et à la recherche d'un premier emploi depuis moins d'un an, étant précisé que nous considérons que le contrat en alternance n'est pas un premier emploi.
- sans limite d'âge, s'ils sont titulaires de la carte d'invalidité prévue à l'article L.241-3 du Code de l'action sociale et des familles attribuée alors que l'enfant était encore à charge, au sens fiscal, de l'Assuré ou de son conjoint,

Les prestations sont dues au titre des actes, soins et séjours en hospitalisation intervenus au cours de la période durant laquelle le bénéficiaire appartient à la catégorie définie ci-dessus.

La garantie cesse pour les bénéficiaires de l'Assuré à partir du moment où ils ne remplissent plus les conditions prévues ci dessus et en tout état de cause à la même date que l'Assuré.

Article 4.2 Choix de la formule de garantie - Prestations

Nature

Les Dispositions Particulières fixent les garanties des régimes facultatifs proposés aux assurés, ainsi que leurs montants et limitations. Les prestations garanties sont complémentaires aux prestations en nature des assurances Maladie de la Sécurité sociale.

Les forfaits et plafonds de garanties sont valables par année d'adhésion et par personne.

Sauf dispositions contraires figurant aux Dispositions Particulières :

- **l'attribution des prestations est subordonnée à la prise en charge et à la déclaration à la Sécurité sociale des frais engagés par l'Assuré,**
- **les actes hors de la nomenclature de la Sécurité sociale ne sont pas pris en charge par le présent Contrat.**

Montant des prestations

Nos garanties Frais de Santé répondent au dispositif du contrat responsable prévu par l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale et son décret d'application, afin que votre contrat puisse bénéficier des avantages fiscaux et sociaux. Ainsi,

- nous respectons les obligations minimales de prise en charge des consultations et prescriptions du médecin traitant,
- nous prenons en charge toutes les prestations de prévention listées à l'arrêté du 8 juin 2006, pris pour l'application de l'article L871-1 du code de la Sécurité sociale,
- nous ne prenons pas en charge les dépassements d'honoraires autorisés et la majoration de participation du patient en cas de non respect du parcours de soins ou de refus d'accès au dossier médical,
- nous ne prenons pas en charge la participation forfaitaire prévue au paragraphe II de l'article L.322-2 du Code de la Sécurité sociale, dont le montant est fixé par décret.

Pour chacun des postes de frais, le montant des prestations est déterminé selon les modalités prévues par les Dispositions Particulières, compte tenu des versements de la Sécurité sociale et de tout autre organisme.

Trois formules de garanties sont proposées :

- d'une part, pour les bénéficiaires visés au titre I du présent contrat relevant du régime général de la Sécurité Sociale : 100T, 200T et 300T ;
- d'autre part, pour les bénéficiaires visés au titre I du présent contrat relevant du régime applicable aux départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle : 100T, 200T et 300T

La formule retenue s'applique à l'ensemble des membres assurés d'une même famille.

Les remboursements sont effectués au titre des actes qui ont donné lieu effectivement aux prestations en nature des assurances maladie ou maternité de la Sécurité sociale, sauf dispositions contraires expressément prévues dans la description des prestations.

Ne sont pas pris en charge :

- **les cures de rajeunissement et les traitements esthétiques,**
- **l'hébergement et les soins effectués dans le cadre des unités ou services dits de long séjour ou de traitements neuro psychiatriques ou de maladies mentales, en établissement public ou privé.**

Choix de la formule de garanties

Le changement de la formule de garanties sera possible

1. à tout moment, en cas de modification de la situation de famille sous réserve d'en faire la demande dans le mois suivant l'événement et ce sur présentation d'un justificatif. Le changement de formule de garanties prendra effet le 1^{er} jour du mois civil qui suit la réception de la demande ;
2. à chaque 1^{er} janvier sous réserve que la demande parvienne à l'Assureur avant cette date et que l'Assuré ait été affilié à la même formule de garanties pendant 12 mois consécutifs.

Le changement de niveau peut se faire à la hausse ou à la baisse , mais tout changement de formule de garanties à la baisse rend définitivement impossible un changement postérieur de niveau à la hausse quelles que soient les circonstances.

Cas particuliers

- Pour tout séjour dans un des établissements suivants, la garantie est limitée, quelle que soit la formule adoptée, à la prise en charge du ticket modérateur pendant une durée maximum de trente jours : aérium, préventorium, maisons de cure, de repos, de convalescence, maisons d'enfants à caractère sanitaire, maisons de rééducation fonctionnelle des poliomyélitiques, des grands amputés et des paralytiques, ainsi que, par dérogation à l'article « Garantie Santé Choix de la formule de garantie – Prestations » du présent contrat, s'il s'agit de traitements neuro psychiatriques d'une durée inférieure à un mois. Cette durée maximum n'est toutefois pas appliquée pour tout ce qui concerne la rééducation fonctionnelle.
- En cas de frais engagés à l'étranger, le montant du remboursement des frais liés à une hospitalisation est limité à 200% du remboursement de la Sécurité sociale.

Limitation aux frais réels

Conformément à l'article 9 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 et du décret n° 90-769 du 30 août 1990 :

Les remboursements ou les indemnisations des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à charge de l'Assuré après les remboursements de toutes natures auxquels il a droit.

Article 4.3 Demandes de remboursement

Pour obtenir un remboursement, l'intéressé doit adresser à l'Assureur, avant le 31 mars de l'exercice suivant celui du paiement de la Sécurité sociale :

- les décomptes originaux de remboursement de la Sécurité sociale sauf en cas de télé transmission,
- les factures originales justifiant les frais réels engagés lorsqu'ils servent de base au calcul du remboursement complémentaire étant entendu qu'en l'absence de justificatif, ces frais seront pris égaux au tarif de convention ou de responsabilité de la Sécurité Sociale.
- les factures détaillées pour les consultations d'ostéopathe, diététicien, pédicure, chiropracteur, vaccin contre la grippe et en dentaire quand les actes sont hors nomenclature (implantologie et parodontologie).

Lorsque les garanties souscrites comportent une indemnité de natalité, l'Assuré doit fournir, dans les six mois au plus tard de la naissance, sous peine de perte de son droit, une fiche d'état civil comportant l'indication de la naissance de l'enfant.

L'Assuré doit fournir toute autre pièce justificative et se prêter à tout examen demandé par l'Assureur.

TITRE V - LES COTISATIONS

Article 5.1 Cotisations

Montant

Le montant des cotisations est mentionné aux Dispositions Particulières.

Il est calculé, sauf cas particulier, en appliquant le ou les taux fixés aux Dispositions particulières au plafond de la Sécurité sociale en vigueur pendant la période au titre de laquelle les cotisations sont dues.

Le tarif du contrat **Santé** dépend des garanties retenues, ainsi que de l'âge de l'Assuré et la composition familiale. Il est remis aux Assurés avec l'imprimé de demande individuelle d'adhésion.

Les taux de cotisations de la garantie **Santé** sont indexés chaque année en fonction de l'évolution de la consommation médicale.

Indexation

Les cotisations sont indexées automatiquement à effet de chaque 1er janvier, en fonction de l'évolution annuelle de la consommation de soins et biens médicaux à la charge des ménages et des organismes d'assurances complémentaires (montant en euros des soins et biens médicaux figurant dans les Comptes nationaux de la Santé sous les rubriques « débours des ménages », « Mutuelles et Assurances privées »).

Ce coefficient d'indexation du montant des cotisations, calculé chaque année à cet effet, tient compte de l'augmentation induite par la variation de la valeur du plafond annuel de la Sécurité sociale.

Révision en cas de modification des dispositions législatives et réglementaires de la Sécurité sociale

Conformément aux dispositions de l'article 3.1, les cotisations pourront être révisées selon les modalités fixées à l'article précité.

Révision en fonction des résultats techniques

Les cotisations pourront être revues lors de chaque renouvellement annuel en fonction des résultats techniques des contrats de même nature. L'Assureur en avisera l'Assuré au plus tard le 30 septembre précédent.

En cas de désaccord, l'assuré pourra demander la résiliation du contrat par lettre recommandée dans un délai d'un mois à compter de la notification de révision par l'Assureur. La résiliation prendra alors effet au 31 décembre suivant la réception de la lettre recommandée par l'Assureur.

Dans le cas contraire, le montant des cotisations sera calculé automatiquement selon les nouvelles bases notifiées par l'Assureur.

Article 5.2 Paiement des cotisations

Les cotisations sont payables annuellement d'avance avec possibilité d'un paiement fractionné et ce conformément aux modalités fixées aux Dispositions particulières.

Elles sont payées directement par l'Assuré qui est seul responsable de leur versement.

Article 5.3 Non paiement des cotisations

À défaut du paiement des cotisations (ou d'une fraction de sa cotisation) dans les 10 jours qui suivent leur échéance, les garanties sont suspendues QUARANTE jours après l'envoi d'une lettre recommandée constituant la mise en demeure prévue à l'article L 141-3 du Code des assurances. Au delà de ce délai l'Assuré est exclu du contrat d'assurance en raison du non-paiement des cotisations.

Contrat souscrit par **l'Association Santé des Régions de France**
Siège Social 2 rue Bartisch 67100 STRASBOURG

auprès des:

AGF Collectives

Tour Neptune – 20, place de la Seine – 92086 Paris La Défense Cedex. www.agf.fr

AGF Vie : S.A. au capital de 643.054.425 euros. 340 234 962. R.C.S. Paris.

Entreprises régies par le Code des assurances. Siège social : 87, rue de Richelieu, 75002 Paris.

Autorité chargée du contrôle des Assurances Générales de France : Commission de Contrôle des Assurances, 61 rue Taitbout, 75009 PARIS.

Autorité chargée du contrôle d'AGF :

AUTORITE DE CONTROLE DES ASSURANCES ET DES MUTUELLES (ACAM)
61, rue Taitbout - 75009 PARIS