

Netassur Santé TNS

**Assurance de groupe complémentaire
santé**

Conditions Générales

Les Conditions Générales et les Annexes valant notice d'information ont pour objet de décrire les garanties et prestations accordées au titre du contrat d'assurance de groupe à adhésion facultative Netassur Santé TNS souscrite par l'Association des Assurés de Netassur auprès PREVOIR-RISQUES DIVERS et s'inscrivant dans le cadre des dispositions de la loi N° 94-126 du 11 février 1994 dite Loi Madelin.

Ce contrat prend effet le 1er mars 2010 pour une durée initiale s'achevant le 31 décembre 2010. Il se renouvelle ensuite par tacite reconduction le 1er janvier de chaque année pour des périodes successives d'un an, sauf dénonciation par l'une des parties signataires notifiée par lettre recommandée avec accusé de réception, trois mois au moins avant la date de renouvellement.

Une modification du contrat peut être demandée par l'association ou l'assureur.

Les adhérents sont informés par écrit du contenu des modifications et, le cas échéant, de la dénonciation de la convention trois mois au minimum avant la date prévue de leur entrée en vigueur.

La dénonciation de la convention est sans effet sur les adhésions en cours ainsi que sur les droits aux prestations assurées acquis avant la prise d'effet de la dénonciation, sauf transfert à un autre assureur décidé d'un commun accord par l'Association des Assurés de Netassur et PREVOIR-RISQUES DIVERS.

L'Association des Assurés de Netassur est une association loi 1901, située 36 avenue de Verdun, 41100 Vendôme, dont l'objet social est d'étudier, de souscrire et de promouvoir au profit de ses adhérents, tout type d'assurance autorisée par la loi, sous forme d'assurance collective et dont le risque est assuré par des organismes d'assurance habilités, relevant du Code des assurances, du Code de la mutualité ou du code de la Sécurité Sociale.

L'organisme assureur de ce contrat est PREVOIR-RISQUES DIVERS, 19 rue d'Aumale, 75306 Paris Cedex 09, pour les garanties dépenses de santé et allocation forfaitaire de naissance ou d'adoption.

L'organisme distributeur de ces contrats est, par délégation de l'organisme assureur, ANTOINE MOTHERON COURTAGE - SARL au capital social de 1.000 € dont le siège social est situé 34-36 avenue de Verdun, 41000 Vendôme - RCS BLOIS 519 321 640 - N° ORIAS 07 016 740.

L'organisme gestionnaire de ces contrats est, par délégation de l'organisme assureur, PROTEGYS COURTAGE, SA au capital de 680.000 €, dont le siège social est situé 30 rue des Epinettes, 75843 Paris Cedex 17, RCS PARIS B 417 541 893, ORIAS 07 023 038.

L'organisme gestionnaire des prestations est, par délégation de l'organisme assureur, C.G.R.M., SAS au capital de 457.357 €, dont le siège social est situé 377 rue de Luxembourg, BP 5-298, 59379 Dunkerque, RCS DUNKERQUE B 332 713 361 00027, ORIAS 07 000 503.

Médiation

En cas de difficultés dans l'application contrat d'assurance de groupe à adhésion facultative Netassur Santé TNS, l'adhérent ou l'assuré consultera d'abord son interlocuteur habituel qui s'engage à traiter la réclamation le plus rapidement possible. Si la réponse ne le satisfait pas, il pourra s'adresser au siège social de l'assureur ou en dernier recours au médiateur désigné par la FFSA avec lequel en cas de nécessité l'assureur le mettrait en relation.

Autorité de contrôle

L'autorité chargée du contrôle de PREVOIR-RISQUES DIVERS est l'ACAM, 61 rue Taitbout 75436 PARIS Cedex 09.

Loi informatique et liberté

Vous pouvez nous demander communication et rectification de toute information vous concernant qui figurerait sur tout fichier à l'usage de PREVOIR-RISQUES DIVERS, des mandataires, des réassureurs et organismes professionnels, conformément aux dispositions de la loi N°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée.

SOMMAIRE

Lexique

Lexique	page 3
---------	--------

Les garanties

Dépenses de santé	page 6
Allocation forfaitaire d'hospitalisation	page 6
Allocation forfaitaire de naissance ou d'adoption	page 7
Allocation forfaitaire de décès	page 7

Les exclusions générales

Les exclusions générales	page 8
--------------------------	--------

La vie de l'adhésion

Conditions d'adhésion	page 9
Déclarations	page 9
Obligations contractuelles	page 9
Nature juridique du contrat	page 10
Formation, prise d'effet et durée de l'adhésion	page 10
Territorialité	page 10
Indexation	page 10
Cotisation	page 11
Changement de vos garanties	page 11
Résiliation de l'adhésion	page 11
Prescription	page 12
Vente à distance	page 12
Vente par Internet	page 13
Condition de renonciation en cas de vente à distance	page 13

Les prestations

Principe indemnitaire	page 14
Déclaration	page 14
Indemnisation	page 15

LEXIQUE

Accès direct autorisé

Disposition suivant laquelle l'assuré social peut consulter directement :

- un pédiatre,
- un chirurgien-dentiste,
- un gynécologue : pour les examens périodiques, le suivi de grossesse, l'interruption médicamenteuse de grossesse et la contraception,
- un ophtalmologue : pour la prescription ou le renouvellement de verres correcteurs, ainsi que le dépistage ou le suivi de glaucome,
- un psychiatre ou neuropsychiatre, sous réserve d'être âgé de moins de 26 ans.

Accident

Tout événement soudain, imprévisible et extérieur à la victime, constituant la cause du dommage corporel.

Adhérent

Toute personne physique désignée au certificat d'adhésion qui souscrit pour elle-même et pour l'assuré à ses droits et obligations et s'engage envers nous notamment au paiement de la cotisation.

Âge

Différence entre la date d'adhésion ou de modification du certificat d'adhésion et la date de naissance.

Année d'assurance

Passé la première période de garantie, c'est celle comprise entre deux échéances principales.

Toutefois, elle diffère dans son acception au regard des garanties au forfait/an, bonus/an, et des plafonds annuels de nos remboursements/an. Dans ces cas, elle s'entend de date à date à zéro heure, à compter de la date d'effet de la garantie initiale du certificat d'adhésion.

Assuré - voir VOUS

Déchéance

Perte du droit à la garantie ou au service, du fait de votre manquement à une obligation à laquelle vous étiez contractuellement tenu.

Domicile

Lieu de résidence principale situé en France métropolitaine.

Durée de l'adhésion

Nombre de jours qui sépare la date d'effet, de l'échéance principale. L'adhésion est ensuite reconduite pour un an, d'année en année, si aucune des parties ne résilie.

Échéance principale

Date anniversaire de l'adhésion et d'exigibilité de la cotisation pour la nouvelle année d'assurance. La date d'échéance principale est mentionnée au certificat d'adhésion.

Échéance secondaire

Date d'exigibilité d'une fraction de cotisation en cas d'échelonnement des paiements convenu à l'adhésion.

Formule solidaire

Formule d'assurance dont la souscription n'est soumise à aucun questionnaire médical, et dont la cotisation n'est pas fixée en fonction de l'état de santé de l'assuré.

Litige

Désaccord ou contestation d'un droit vous opposant à un tiers, y compris sur le plan amiable.

Maladie

Altération de la santé médicalement constatée et dont la cause est intrinsèque.

Maternité

L'état de grossesse, l'interruption de grossesse volontaire ou non, l'accouchement, les suites de couches ainsi que les complications pathologiques de ces événements.

Médecin traitant

Médecin, qu'avec son accord, un assuré social âgé d'au moins 16 ans a choisi et déclaré comme tel auprès de son régime obligatoire. À ce titre, il assure la coordination des soins de son patient.

Nous

PREVOIR-RISQUES DIVERS pour les garanties dépenses de santé, allocation forfaitaire d'hospitalisation, allocation forfaitaire de naissance ou d'adoption, allocation forfaitaire de décès.

Parcours de soins coordonné

Concept suivant lequel l'assuré social âgé d'au moins 16 ans doit consulter son médecin traitant en priorité. Le cas échéant, ce dernier le réoriente ensuite vers d'autres praticiens pour avis ponctuel ou suivi. Cette réorientation s'effectue avec retour d'information.

Échappent aux sanctions financières du non-respect du parcours de soins coordonné, les cas suivants : l'absence du médecin traitant et de son remplaçant, l'accès direct autorisé, l'urgence médicale, la consultation hors résidence, dans la mesure où l'assuré a par ailleurs choisi un médecin traitant.

Participation forfaitaire (PFH)

Franchise fixée par décret et applicable par acte clinique ou technique dans le remboursement effectué par le régime obligatoire.

Régime obligatoire

Régime légal d'assurance maladie et maternité auquel l'assuré est affilié.

Tarif d'autorité

Tarif de responsabilité fixé unilatéralement par les pouvoirs publics.

Tarif de convention

Tarif de responsabilité fixé conventionnellement entre les pouvoirs publics et les médecins.

Tarif de responsabilité

Barème appliqué par les caisses des différents régimes obligatoires pour calculer le remboursement des honoraires et des soins.

Tiers

Toute autre personne que les assurés.

Tiers payant généralisé

Service dispensant l'assuré de faire l'avance des frais pour :

- les médicaments médicalement prescrits et pris en charge par le régime obligatoire,
- les honoraires de radiologie,
- les frais de biologie médicale (analyses),
- les honoraires des auxiliaires-médicaux,

dans les limites indiquées sur l'attestation SP SANTÉ.

Vous

Toute personne désignée au certificat d'adhésion comme bénéficiaire des garanties.

LES GARANTIES

Dépenses de santé

Nous garantissons

Le remboursement d'une partie ou de la totalité de vos dépenses de santé qui répondent aux conditions cumulatives suivantes :

- soit occasionnées par un accident, une maladie ou une maternité,
- soit engagées dans le cadre d'un acte de prévention ou de dépistage,
- médicalement prescrites, et admises à remboursement par votre régime obligatoire, sauf dispositions dérogatoires figurant aux TABLEAUX RÉCAPITULATIFS,
- correspondant à des dépenses de santé engagées entre les dates d'effet et de résiliation du contrat.

Sauf dispositions dérogatoires précitées, nous intervenons après et en complément de la prise en charge du régime obligatoire, et ce dans les conditions et limites de la formule de garanties mentionnée au certificat d'adhésion et décrite aux TABLEAUX RÉCAPITULATIFS de l'Annexe.

Nous ne garantissons pas

Les interventions et soins esthétiques non consécutifs à une maladie ou un accident garanti.

Les traitements de l'affection psychiatrique, y compris psychothérapie, psychanalyse, séances de relaxation ou de psychopédagogie, à l'exception de ceux pris en charge par votre régime obligatoire.

Les cures de rajeunissement et d'amaigrissement ainsi que leurs suites.

Les séjours :

- en établissement non hospitalier,
- en maison de repos, de convalescence ou en service de convalescence d'un établissement hospitalier,
- en service de gérontologie, de gériatrie,
- en établissement, maison, centre ou service de long séjour,
- en établissement, maison, centre ou service de lutte contre les maladies mentales, contre l'alcoolisme et la toxicomanie,
- en maison d'enfants à caractère sanitaire,
- en établissement de cure, à l'exception des cures thermales.

Allocation forfaitaire d'hospitalisation

Nous garantissons

Le versement d'une allocation forfaitaire par journée d'hospitalisation.

Seuls les séjours dans un établissement hospitalier et les hospitalisations à domicile donnent droit au versement de l'allocation.

Nous ne garantissons pas

Les interventions et soins esthétiques non consécutifs à une maladie ou un accident garanti.

Les traitements de l'affection psychiatrique, y compris psychothérapie, psychanalyse, séances de relaxation ou de psychopédagogie, à l'exception de ceux pris en charge par votre régime obligatoire.

Les cures de rajeunissement et d'amaigrissement ainsi que leurs suites.

Les séjours :

- en établissement non hospitalier,
- en maison de repos, de convalescence ou en service de convalescence d'un établissement hospitalier,
- en service de gérontologie, de gériatrie,
- en établissement, maison, centre ou service de long séjour,
- en établissement, maison, centre ou service de lutte contre les maladies mentales, contre l'alcoolisme et la toxicomanie,
- en maison d'enfants à caractère sanitaire,
- en établissement de cure, à l'exception des cures thermales.

Allocation forfaitaire de naissance ou d'adoption

Nous garantissons

Le versement d'une allocation forfaitaire en cas de naissance ou d'adoption.

Le versement de l'allocation est subordonné aux conditions cumulatives suivantes :

- l'enfant est âgé de moins d'un an en cas d'adoption,
- la mère est assurée au titre du présent contrat.

Allocation forfaitaire de décès

Nous garantissons

Le versement d'une allocation forfaitaire en cas de décès d'un assuré.

LES EXCLUSIONS GÉNÉRALES

Votre adhésion s'inscrit dans un cadre législatif et réglementaire qui détermine les domaines ou des situations inassurables.

Pour que vous en ayez une vision précise et claire, ils sont repris ci-après.

Nous ne garantissons pas

Les dommages et leurs conséquences résultant :

- **du fait intentionnel de l'assuré,**
- **de l'usage de drogues, stupéfiants et produits assimilés non prescrits médicalement,**
- **de la guerre civile ou étrangère,**
- **de votre participation active à un crime, un délit intentionnel ou une rixe, sauf cas de légitime défense ou d'assistance à personne en danger,**
- **des effets directs ou indirects d'explosion, de dégagement de chaleur, d'irradiation provenant de noyaux d'atomes ou de la radioactivité, ainsi que tous ceux dus aux effets de radiations provoquées par l'accélération artificielle de particules,**
- **de la pratique de tout sport à titre professionnel ou d'amateur de haut niveau,**
- **de la pratique de tout sport aérien.**

LA VIE DE L'ADHESION

Votre adhésion comprend :

- les présentes Conditions Générales qui décrivent les garanties que nous proposons et qui régissent nos rapports,
- une Annexe qui décrit la nature et l'étendue des garanties dépenses de santé et allocation forfaitaire de naissance ou d'adoption,
- une Annexe qui décrit les garanties de protection juridique santé,
- une Annexe qui décrit les garanties d'assistance santé,
- le certificat d'adhésion qui précise vos garanties et les éléments relatifs à votre situation personnelle.

Conditions d'adhésion

L'adhésion est réservée aux personnes physiques répondant aux conditions suivantes :

- être affilié aux régimes d'assurance maladie et vieillesse obligatoires des Travailleurs Non Salariés Non Agricoles (TNSNA),
- être à jour de du paiement des cotisations dues au titre du régime obligatoire d'assurance maladie pour bénéficiaire du dispositif fiscal « Madelin » (loi n°94-0126 du 11/02/1994 et ses décrets d'application),
- être âgé de plus de 18 ans. L'âge est déterminé par la différence de millésimes entre l'année de naissance et l'année de prise d'effet de l'adhésion,
- être membre de l'Association des Assurés de Netassur
- compléter le bulletin d'adhésion.

Déclarations

Il est indispensable que vos déclarations soient sincères et conformes à la réalité. Notre acceptation du risque et le calcul de votre cotisation en découlent.

À l'adhésion

Vous devez répondre exactement aux questions que nous vous posons par lettre, questionnaire, proposition ou tout autre moyen.

Vous êtes tenu de nous déclarer dans les 15 jours où vous en avez connaissance, pour tous les bénéficiaires des garanties :

- un changement de domicile,
- un changement de situation familiale,
- un changement de situation au regard du régime obligatoire.

En cours d'adhésion

Si au jour du sinistre, nous constatons des inexactitudes ou omissions dans vos déclarations :

- l'indemnité serait proportionnée à la cotisation payée par rapport à celle exigible,
- l'adhésion serait nulle si vous avez agi de mauvaise foi.

Obligations contractuelles

Tiers payant généralisé

En cas de vol, détérioration ou perte de votre carte de tiers payant, vous devez nous en informer immédiatement.

En cas d'utilisation par une autre personne, nous pourrions rechercher votre responsabilité.

Vous devez nous restituer votre carte de tiers payant en cas :

- de changement de situation familiale ou de situation au regard du régime obligatoire,
- de résiliation de l'adhésion.

Toute utilisation frauduleuse ou abusive de ce document peut faire l'objet de poursuites à votre encontre. Elle peut en outre donner lieu au retrait définitif du droit à ce service. Enfin, vous pouvez être tenu au remboursement des prestations indues.

Nature juridique du contrat

Ce contrat a la qualité de contrat responsable au sens de l'article 57 de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie et du décret n° 2005-1226 du 29 septembre 2005. En conséquence, les garanties et les niveaux de remboursement suivront automatiquement les évolutions législatives et réglementaires relatives aux contrats responsables qui pourraient intervenir ultérieurement.

Il s'inscrit dans le cadre de la « loi Madelin » qui autorise dans certaines limites la déduction fiscale de vos cotisations.

Par ailleurs, la formule souscrite est dite « solidaire ». De ce fait, vous bénéficiez d'une exonération de la taxe spéciale sur les conventions d'assurance.

Formation, prise d'effet et durée de l'adhésion

L'adhésion au contrat est formée dès l'accord des parties. Elle est régie par le Code des Assurances et conclue pour la durée initiale définie au certificat d'adhésion.

Au terme de celle-ci, elle sera renouvelée au 1^{er} janvier de chaque année par tacite reconduction, sauf résiliation par vous ou nous, dans les cas et selon les modalités précisées ci-après.

Les garanties sont acquises à compter de la date d'effet indiquée au certificat d'adhésion.

Elle est conclue dès confirmation par l'organisme gestionnaire du contrat, par mail, de l'enregistrement de votre demande d'adhésion.

Territorialité

Garanties	Limites territoriales	Particularités
Dépenses de santé (hors forfait)	Monde entier	Les dépenses de santé résultant d'un accident ou d'une maladie survenu hors de France métropolitaine ne sont remboursées qu'en cas de prise en charge par votre régime obligatoire.
Dépenses de santé (forfait)	Monde entier	Frais engagés lors d'un déplacement, voyage ou séjour n'excédant pas un an.
Allocation forfaitaire d'hospitalisation	France métropolitaine et Principauté de Monaco	
Allocation forfaitaire de naissance ou d'adoption	Monde entier	
Allocation forfaitaire de décès	Monde entier	

Indexation

Les cotisations des garanties dépenses de santé et allocation forfaitaire d'hospitalisation évoluent proportionnellement à la variation de l'indice de la « consommation des assurés », à chaque échéance principale. Cet indice reflète la consommation médicale constatée par catégorie de contrats couvrant le même risque.

Il est intitulé "indice d'échéance" sur votre avis de cotisation.

Cotisation

Conséquences du retard dans le paiement

La cotisation, toutes taxes comprises, est payable aux dates indiquées au certificat d'adhésion à notre siège social ou au domicile de notre mandataire.

À défaut de paiement dans les 10 jours de son échéance, nous pouvons indépendamment de notre droit de poursuivre l'exécution de l'adhésion en justice et par lettre recommandée valant mise en demeure adressée à votre dernier domicile connu, suspendre la garantie 30 jours après l'envoi de cette lettre, ou sa remise si vous êtes domicilié hors de France métropolitaine.

Nous pouvons résilier l'adhésion 10 jours après l'expiration de ce délai de 30 jours.

Révision du tarif

Le montant de votre cotisation est déterminé en fonction :

- de la formule souscrite,
- du nombre des assurés,
- de l'âge et du sexe de chacun des assurés,
- de la nature, des modalités de calcul et des conditions d'attribution des prestations par le régime obligatoire des assurés,
- du lieu de domiciliation de l'adhérent.

Les cotisations de la garantie dépenses de santé et de l'allocation forfaitaire d'hospitalisation varient à chaque échéance principale, en fonction

- de l'âge atteint par chaque assuré,
- de l'indice de la "consommation médicale des assurés" appliqué à l'ensemble des contrats ou à une catégorie de contrats.

L'état de santé de l'assuré au moment de cette révision du tarif n'est aucunement pris en compte.

La nouvelle cotisation est en général applicable au 1^{er} janvier suivant la modification du tarif.

Résiliation en cours d'année d'assurance

Nous vous remboursons la partie de cotisation perçue pour la période postérieure à la résiliation.

Cette disposition ne s'applique pas en cas de résiliation pour non-paiement de cotisation.

Changement de vos garanties

Le changement de vos garanties ne peut intervenir qu'à l'échéance principale et s'applique à l'ensemble des assurés désignés au certificat d'adhésion.

Résiliation de l'adhésion

Cas de résiliation

Par chacun d'entre nous

- En cours d'année d'assurance en cas de changement de domicile, de régime ou de situation matrimoniale, de profession, de retraite ou de cessation définitive d'activité professionnelle. La résiliation doit intervenir dans les 3 mois suivant l'événement et prend effet 1 mois après sa notification à l'autre partie. Si la résiliation intervient de notre fait, **et sur votre demande expresse**, nous nous engageons à vous faire bénéficier d'un contrat d'assurance santé à formule équivalente dans les conditions tarifaires et limites de la gamme correspondant à votre nouvelle situation.

Par nous

- En cas de non-paiement de la cotisation.
- En cas d'omission ou inexactitude dans vos déclarations à l'adhésion, sous préavis de 10 jours.
- En cas d'aggravation de risque non lié à votre état de santé. La résiliation prend effet 10 jours après notification, ou 30 jours après l'envoi de nouvelles conditions auxquelles vous n'avez pas donné suite.

Par vous

- Chaque année à la date d'échéance principale, moyennant préavis d'1 mois.
- En cas de révision du tarif. Vous pouvez résilier l'adhésion dans les 30 jours suivant la date à laquelle vous avez eu connaissance de l'augmentation, sous préavis de 30 jours.
Nous avons droit à la cotisation, hors augmentation de tarif, pour la période séparant l'entrée en vigueur de ladite augmentation de la résiliation.
- En cas de résiliation après sinistre d'un de vos contrats. Vous disposez d'1 mois pour résilier vos contrats, sous préavis d'1 mois.

De plein droit

- En cas de retrait de notre agrément. L'adhésion cesse de produire ses effets le 40^{ème} jour à midi suivant la publication au Journal Officiel de l'arrêté.
- En cas de décès de l'adhérent, l'adhésion cesse de produire ses effets le lendemain à zéro heure.

Formes de la résiliation

La résiliation doit être notifiée par lettre recommandée avec accusé de réception ou par déclaration faite contre récépissé. Si elle émane de vous, elle doit être adressée à notre siège social ou à l'un de nos représentants, et à votre dernier domicile connu si elle émane de nous. Le délai de préavis commence à courir à partir de la date d'envoi.

Prescription

Toute action dérivant du présent contrat est prescrite par 2 ans à compter de l'événement qui y donne naissance, ou à compter du jour où nous en avons eu connaissance.
Passé ce délai, vous, comme nous, n'avez plus ni droits ni obligations.

Le délai de prescription peut être interrompu par tout moyen de droit commun, en particulier par lettre recommandée avec accusé de réception ou par désignation d'un expert après sinistre.

Vente à distance

Les informations précontractuelles et contractuelles sont présentées en langue française et sont soumises au droit français.

Constitue une fourniture d'opération d'assurance à distance, telle que défini par l'article L112-2-1 du Code des Assurances, la fourniture d'assurance auprès d'un adhérent, personne physique, qui agit en dehors de toute activité commerciale ou professionnelle, dans le cadre d'un système de vente ou de prestation de services à distance organisé par l'assureur ou l'intermédiaire d'assurance qui, pour ce contrat, utilise exclusivement des techniques de communication à distance jusqu'à, y compris, la conclusion du contrat.

Il est précisé que, conformément aux dispositions de l'article L112-2-1 du Code des Assurances, les règles concernant la fourniture d'opération d'assurance à distance :

- ne s'appliquent qu'au premier contrat, pour les contrats à durée déterminée suivis d'autres contrats de même nature, échelonnés dans le temps, sous condition que pas plus d'un an ne se soit écoulé entre deux contrats,
- ne s'appliquent qu'en vue et lors de la conclusion du contrat initial, pour les contrats renouvelables par tacite reconduction.

L'adhérent doit recevoir de l'assureur ou l'intermédiaire d'assurance, par écrit ou sur un autre support durable en temps utile et avant tout engagement, les conditions contractuelles ainsi que les informations mentionnées à l'article L112-2-1 III du Code des Assurances.

Si le contrat a été conclu à la demande de l'adhérent en utilisant une technique de communication à distance ne permettant pas la transmission des informations précontractuelles et contractuelles sur un support papier ou sur un autre support durable, l'assureur ou l'intermédiaire doit exécuter ses obligations de communication immédiatement après la conclusion du contrat.

L'adhérent dispose d'un droit de renonciation dans les conditions prévues à l'article L112-2-1 du Code des Assurances présentées ci-après.

Vente par Internet

Il est expressément convenu entre les parties que les données électroniques et les enregistrements vocaux réalisés avec l'accord exprès des adhérents quant à l'utilisation de ce procédé, conservés par l'organisme distributeur des contrats et disponible sur simple demande, seront admis comme preuve des opérations effectuées pour la souscription du présent contrat.

Conditions de renonciation en cas de vente à distance

Dans le cas où l'adhésion a été réalisée dans le cadre d'un système de commercialisation à distance, celle-ci peut être exécutée immédiatement et intégralement à compter de sa conclusion, à la demande expresse de l'adhérent.

L'adhérent dispose d'un délai de 14 jours calendaires révolus pour se rétracter à compter de la date de conclusion de l'adhésion.

Cette renonciation doit être notifiée par écrit.

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

Modèle de lettre

« Je soussigné(e) M (nom, prénom, adresse) déclare renoncer à mon adhésion au contrat d'assurance de groupe Netassur Santé TNS n° que j'avais réalisée le auprès de Netassur.

Fait à le signature

LES PRESTATIONS

Principe indemnitaire

L'assurance ne peut être une cause de bénéfices pour l'assuré. Les prestations sont accordées sur justificatifs dans la limite des frais réellement engagés.

Base de nos remboursements

Le contrat répond à la définition du contrat « responsable ».

À ce titre, **la participation forfaitaire (PFH), le dépassement d'honoraires maximum autorisé, et assimilé, l'augmentation du ticket modérateur, appliqués en cas de non-respect du parcours de soins coordonné mis en place sur le territoire français, ainsi que la franchise médicale prévue par la loi de financement de la Sécurité Sociale 2008, au titre des médicaments, des actes paramédicaux et des transports sanitaires, sont exclus de notre garantie.**

Frais engagés à l'étranger

Les frais exprimés en devise étrangère sont convertis et remboursés en euros.

Déclaration

Délais et destinataire de la déclaration

Toutes les pièces concernant un événement pouvant donner lieu à versement de prestations doivent nous être adressées trois mois au plus tard après la fin du traitement.

Si le traitement excède trois mois, vous devez nous en aviser au plus tard le quatrième mois.

Formes de la déclaration

Dépenses de santé, allocation forfaitaire d'hospitalisation, allocation de naissance ou d'adoption, allocation forfaitaire de décès

Par écrit, au centre de gestion des prestations santé.

Sanction en cas de déclaration hors délais ou fausse

Si votre non-respect des délais de déclaration nous a été préjudiciable, vous encourez la déchéance ou la conservation à votre charge d'une indemnité proportionnelle au préjudice subi, sauf s'il est dû à un cas fortuit ou de force majeure.

Si vous avez fait volontairement de fausses déclarations sur la date, la nature, les causes, circonstances ou conséquences du sinistre, vous perdrez tout droit à la garantie et nous pourrions vous demander le remboursement de notre règlement s'il est déjà intervenu.

Éléments à fournir obligatoirement

Dans tous les cas

La mention de l'existence d'autres contrats couvrant le même risque.

Dépenses de santé remboursées par votre régime obligatoire

Vous devez nous communiquer :

- les décomptes originaux des prestations si vous ne bénéficiez pas des accords de télétransmission,
- toute pièce justificative des dépenses réelles telles que les factures détaillées ou notes d'honoraires.

Dépenses de santé non remboursées par votre régime obligatoire

Vous devez nous communiquer :

- la notification de refus de prise en charge par votre régime obligatoire,
- la prescription médicale,
- toute pièce justificative des dépenses réelles telles que les factures détaillées ou notes d'honoraires.

Hospitalisation

Vous devez nous communiquer :

- le bulletin d'entrée et de sortie délivré par l'établissement hospitalier,
- l'original de la facture d'hospitalisation,
- le certificat d'hospitalisation à domicile le cas échéant.

Naissance ou adoption

Vous devez nous communiquer l'acte de naissance ou le certificat d'adoption.

Décès

Vous devez nous communiquer l'acte de décès.

Indemnisation

Souscription d'assurances multiples sur un même risque

Sans fraude

Chacun des contrats produit ses effets dans ses limites et conditions. Vous pouvez obtenir l'indemnisation auprès de l'assureur de votre choix.

Frauduleuse

Nous pouvons vous opposer la nullité du contrat et vous demander des dommages et intérêts.

Dépenses de santé

Nous remboursons ces frais déduction faite des prestations du régime obligatoire ou de tout autre organisme de protection sociale, et des sanctions financières appliquées en cas de non-respect du parcours de soins coordonné.

Allocation forfaitaire en cas d'hospitalisation

Pour être acquise, la garantie doit être expressément indiquée aux Conditions Particulières.

Nous vous versons le montant de l'allocation forfaitaire jusqu'à la fin de votre hospitalisation et dans les limites définies aux Conditions Particulières.

Le versement de cette allocation a lieu par mois échu.

Allocation forfaitaire en cas de naissance ou d'adoption

Nous vous versons le montant de l'allocation forfaitaire indiqué aux TABLEAUX RÉCAPITULATIFS de l'Annexe.

Allocation forfaitaire en cas de décès

Nous vous versons le montant de l'allocation forfaitaire indiqué aux TABLEAUX RÉCAPITULATIFS de l'Annexe.

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 des documents médicaux. Vous pouvez lui communiquer ces renseignements directement ou par le biais de votre médecin.

Contrôle

PREVOIR-RISQUES DIVERS ou le gestionnaire des prestations peut procéder à tout contrôle permettant de vérifier l'exactitude des renseignements produits par les assurés. Les décisions prises à l'issue des contrôles sont portées à la connaissance des intéressés par lettre explicative.

Expertise

En cas de contestation d'ordre médical, le différend est soumis à une expertise amiable avant tout recours à la voie judiciaire.

Chacun d'entre nous choisit un médecin expert devant régler le différend.

Si les deux médecins experts sont en désaccord, ils en désignent un 3^{ème}. Faute d'entente sur le choix de ce dernier, celui-ci est désigné par le Président du Tribunal de Grande Instance, sur requête de la partie la plus diligente à nos frais.

Chaque partie paie les frais et honoraires de son médecin expert et ceux du 3^{ème} pour moitié.

Subrogation après sinistre

Comme subrogés dans vos droits et actions et ceux du bénéficiaire, nous pouvons réclamer au responsable de vos dommages ou adversaire dans un litige, le remboursement des sommes que nous avons déboursées au titre des indemnités, frais et prestations d'assistance, sauf en cas de sinistre imputable à un membre de votre personnel en fonction ou à toute personne dont vous êtes civilement responsable, exception faite du cas de malveillance.

Vous nous subrogez notamment dans vos droits à l'encontre de votre adversaire pour les sommes qui pourraient vous être allouées au titre des articles 700 du NCPC, 475-1 du CPP et L. 761-1 du Code de Justice Administrative ou encore des frais d'expertise judiciaire et des dépens.

Si des frais et honoraires sont restés à votre charge et sous réserve que vous puissiez les justifier, nous nous engageons à ce que vous soyez désintéressé en priorité sur les sommes allouées au titre des articles précités.

Si par votre fait ou celui du bénéficiaire nous ne pouvons plus exercer ce droit, nous sommes déchargés de notre garantie dans la limite où aurait pu s'exercer notre recours.



Siège social
ANTOINE MOTHERON COURTAGE
34-36 avenue de Verdun 41000 Vendôme

SARL au capital social de 1.000 € • RCS BLOIS 519 321 640 • N° ORIAS 07 016 740