



Conditions générales

Conditions **générales** 2007
Balinéa Santé 2007

[des solutions] pour **tous** et pour **chacun**



*La complémentaire santé
de toutes les attentes*



Nos partenaires

Société Mutuelle
Mieux-Etre
Contrat assuré par la SMME, mutuelle
inscrite au registre de la mutualité
(RNM) sous le n° 775 659 907
et adhérente à la FNMF



Conditions générales

Valant note d'information - **A conserver par l'assuré**

Il a été conclu entre l'Association des Assurés d'APRIL Assurances (association loi 1901, située BP 3133, 69211 Lyon Cedex 03, 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 la forme d'assurance collective, dont le risque est assuré par des organismes d'assurance habilités, relevant soit du Code des assurances, soit du Code de la mutualité ou encore du Code de la Sécurité sociale), et la Société Mutuelle Mieux Etre (Mutuelle régie par le Code de la mutualité RNM n° 775 659 907), située 171 avenue Ledru-Rollin 75011 Paris, une convention de groupe à adhésion facultative dont la gestion a été confiée à APRIL Assurances.

Cette convention est ouverte aux membres de l'association des Assurés d'APRIL Assurances.

Cette convention est soumise au droit français et régie par le Code de la Mutualité, les statuts de la Mutuelle ; les présentes conditions générales, les Certificats d'adhésion remis aux Adhérents.

L'autorité chargée du contrôle de la Mutuelle est l'Autorité de contrôle des assurances et des mutuelles située 61 rue Taitbout, 75009 PARIS.

Les garanties de la présente convention d'assurance s'inscrivent dans le cadre du dispositif législatif relatif aux contrats d'assurance complémentaire santé bénéficiant d'une aide, dit "Contrats responsables" issus de l'article 57 de la loi n°2004-810 du 13 août 2004 et de ses décrets d'application.

En conséquence, les garanties et les niveaux de remboursement de la présente convention seront automatiquement adaptés, pour chacune des adhésions, en fonction des évolutions législatives et réglementaires régissant les "Contrats responsables", qui pourraient intervenir ultérieurement.

1. Objet

L'adhésion à la présente convention garantit le remboursement des frais médicaux et chirurgicaux engagés par le Bénéficiaire dans la limite des garanties et du niveau souscrit.

2. Qui peut être assuré ?

Pour être admissible à l'assurance, tout proposant doit :

- résider en France (à l'exclusion des Territoires d'Outre-Mer),
- relever d'un régime d'assurance maladie français.

3. Contenu de la garantie

Modalités de remboursement :

APRIL Assurances rembourse les dépenses de santé médicalement prescrites à caractère thérapeutique, ayant fait l'objet d'un remboursement préalable au titre d'un Régime obligatoire, sauf dispositions contraires figurant au tableau des garanties.

Les prestations sont basées sur la valeur du Tarif de convention ou du Tarif d'autorité ou toute autre participation fixée par la réglementation Sécurité sociale en vigueur à la date des soins, déduction faite du remboursement du Régime obligatoire.

Pour les actes, conventionnés ou non conventionnés, concernés par la nouvelle nomenclature CCAM, les garanties exprimées en pourcentage du Tarif de Convention (TC), du Tarif d'Autorité (TA) ou du Tarif de Responsabilité (TR) désignent des remboursements en pourcentage de la Base de Remboursement du Régime Obligatoire.

Le remboursement est effectué poste par poste selon le niveau choisi, conformément au tableau des garanties.

Si les remboursements du Régime obligatoire sont modifiés au cours de l'année, l'organisme assureur se réserve le droit de conserver la base de remboursement qui était la sienne en valeur absolue avant ladite modification.

Seuls les frais correspondant à des actes dispensés pendant la période de garantie pourront être indemnisés.

Plafonds :

Les remboursements sont plafonnés par Année d'adhésion et par Bénéficiaire selon le niveau de garantie choisi, conformément aux tableaux des garanties et sous déduction, s'il y a lieu, des prestations d'autres organismes.

Frais de santé

Le cumul des divers remboursements obtenus par un Bénéficiaire ne peut excéder la dépense réelle.

Concernant plus particulièrement :

- L'hospitalisation

• **Les séjours hospitaliers en secteur non conventionné** sont remboursés à partir des bases de calcul retenues par le Régime obligatoire.

• Garantie maison de repos et assimilés :

Les séjours en établissements climatiques, de rééducation, de réadaptation et de diététique, les cures (**à l'exclusion de la thalassothérapie**) avec hospitalisation, les frais de maisons de repos, d'enfants, de convalescence, de moyens séjours ou assimilés, les séjours relatifs à la désintoxication alcoolique, médicamenteuse, de stupéfiants et substances analogues, sont pris en charge dans la limite prévue au tableau des garanties en fonction du niveau choisi sur la base de 100% du Tarif de convention y compris le forfait journalier **à l'exclusion de la chambre particulière** et déduction faite du remboursement du Régime obligatoire.

- La psychiatrie

• **Les consultations de neuropsychiatrie, de psychiatrie et assimilées réalisées "hors parcours de soins coordonnés"** c'est à dire en dehors des conditions définies par la loi n°2004-810 du 13 août 2004 et de ses décrets d'application, **sont prises en charge dans la limite de 3 consultations maximum par Année d'adhésion et par Bénéficiaire** d'après les remboursements prévus selon le niveau de garantie choisi.

• Toute hospitalisation pour motif psychiatrique en établissements conventionnés est prise en charge **dans la limite de 60 jours par Année d'adhésion** sur la base de 100% du Tarif de convention y compris le forfait journalier **à l'exclusion de la chambre particulière** et déduction faite du remboursement du Régime obligatoire.

- Les prestations de prévention

L'ensemble des prestations de prévention, prévues à l'article R 871-2 du Code de la Sécurité sociale et définies par arrêté du 8 juin 2006, est au moins remboursé au Ticket Modérateur, **à l'exception des vaccinations qui ne sont pas prises en charge sur le Niveau Eco.**

- Le dentaire

• **Les frais de prothèses dentaires et d'orthodontie donnant lieu à cotation mais non remboursés** par la Sécurité sociale sont remboursés sur la base du Tarif de convention.

• Forfait soins dentaires hors nomenclature :

Les dépenses d'implants, d'actes de parodontologie ou de prévention des caries sont prises en charge dans la limite du forfait prévu au tableau des garanties en fonction du niveau choisi.

Il n'est versé qu'un seul forfait par Bénéficiaire et par Année d'adhésion.

- L'optique

• Forfait optique

Les verres, montures et lentilles sont pris en charge dans la limite du forfait prévu au tableau des garanties en fonction du niveau choisi.

Il n'est versé qu'un seul forfait par Bénéficiaire et par Année d'adhésion.

• Forfait opération laser de la myopie :

Les dépenses liées à la chirurgie réfractive par laser pour le traitement de la myopie sont prises en charge dans la limite du forfait prévu au tableau des garanties en fonction du niveau choisi.

Il n'est versé qu'un seul forfait par Bénéficiaire et par Année d'adhésion.

- Les forfaits

• Forfait cure thermale :

Les frais de cure thermale (pris en charge par le Régime obligatoire) sont remboursés par le forfait prévu au tableau des garanties selon le niveau choisi.

Il exclut le remboursement de tout autre frais tels que les frais de transport ou les soins annexes à la cure thermale. Il n'est versé qu'un seul forfait par Bénéficiaire et par Année d'adhésion.

• Forfait naissance/adoption :

La naissance d'un enfant ou l'adoption fait l'objet du versement d'un forfait selon le niveau choisi. Il est versé au Bénéficiaire en cas de naissance d'un enfant et doublé en cas de naissances multiples.

Conditions générales

Valant note d'information - **A conserver par l'assuré**

Il exclut le remboursement de tout autre frais, sauf les dépassements d'honoraires en cas d'intervention chirurgicale ou de complication pathologique et le supplément chambre particulière, qui sont remboursés selon les garanties du niveau choisi.

Si l'Adhérent et son Conjoint sont Bénéficiaires, il n'est versé qu'un seul forfait.

• Forfait médecine naturelle :

Sont pris en charge dans la limite du forfait prévu au tableau des garanties en fonction du niveau choisi :

- les dépenses liées à des actes d'Ostéopathie, de Chiropractie, d'Acupuncture, de Microkinésithérapie et à la réalisation de vaccins médicalement prescrits et non remboursés par le Régime obligatoire,
- les dépenses liées à des actes de manipulation articulaire ou vertébrale pratiqués par un médecin ou un kinésithérapeute immatriculé à la Sécurité sociale, et non remboursés par le Régime obligatoire,
- les dépenses liées à la réalisation, une fois par an et par Bénéficiaire, d'un bilan nutritionnel effectué par un médecin ou un diététicien,
- les dépenses liées à la réalisation, une fois par an et par Bénéficiaire, d'un bilan allergique effectué au domicile du Bénéficiaire par un médecin ou un conseiller médical en environnement intérieur,
- les médicaments homéopathiques médicalement prescrits et non remboursés par le Régime obligatoire.

Il n'est versé qu'un seul forfait par Bénéficiaire et par Année d'adhésion.

• Forfait visite du sport :

Les dépenses liées aux visites médicales rendues nécessaires par la pratique d'un sport en tant que licencié sont prises en charge dans la limite du forfait prévu au tableau des garanties en fonction du niveau choisi.

Il n'est versé qu'un seul forfait par Bénéficiaire et par Année d'adhésion.

Etendue géographique :

Les garanties s'exercent dans le monde entier dès lors qu'il y a prise en charge par le Régime obligatoire du Bénéficiaire sauf dispositions contraires prévues au tableau des garanties. Les prestations sont remboursées en France et en euros.

4. Contrôle des prestations versées

APRIL Assurances pourra demander au Bénéficiaire ayant perçu des prestations, tout renseignement ou document qu'elle jugera utile pour l'appréciation du droit aux prestations. Si ces renseignements ou documents ont un caractère médical, le Bénéficiaire pourra les adresser sous pli confidentiel au Médecin Conseil d'APRIL Assurances.

5. Expertise

APRIL Assurances se réserve le droit de faire expertiser le Bénéficiaire par un médecin de son choix, à tout moment.

Pour cela, sous peine de déchéance de garantie, les médecins désignés par APRIL Assurances doivent avoir libre accès auprès du Bénéficiaire afin de pouvoir constater son état, à défaut le service des prestations sera suspendu ou supprimé.

En cas d'accident ou de maladie atteignant le Bénéficiaire hors de France, celui-ci est tenu de faire éléction de domicile en France pour les expertises et contestations d'ordre médical ou pour toute action judiciaire survenant à l'occasion d'un sinistre.

En cas de contestation d'ordre médical, chacune des parties désigne un médecin. Si les médecins ainsi désignés ne sont pas d'accord, ils s'adjoignent un troisième médecin. Les trois médecins opèrent en commun accord et à la majorité des voix.

Faute par l'une des parties de nommer son médecin, ou par les deux médecins de s'entendre sur le choix du troisième, la désignation est effectuée par le Président du tribunal compétent. Dans la première éventualité, la nomination a lieu sur simple requête de la partie la plus diligente faite au plus tôt 15 jours après l'envoi à l'autre partie d'une lettre recommandée de mise en demeure avec avis de

Frais de santé

réception : s'il y a lieu, la désignation du troisième médecin est faite par le Président du Tribunal statuant en référé.

Les parties s'interdisent d'avoir recours à toute action en justice pour le règlement du litige tant que le troisième médecin désigné, soit à l'amiable, soit par référé, n'a pas déposé de rapport provisoire ou définitif, à moins que trois mois ne soient écoulés depuis sa nomination, sous réserve du délai éventuellement fixé par le Président du Tribunal.

Chaque partie paie les frais et honoraires de son médecin et, s'il y a lieu, la moitié des honoraires du troisième médecin et de ses frais de nomination.

6. Règlement des prestations

Les originaux des pièces suivantes doivent être adressés à APRIL Assurances dans les 3 mois qui suivent le paiement du régime obligatoire ou l'arrivée d'un enfant :

- les décomptes originaux du régime obligatoire (si vous ne bénéficiez pas de la Télétransmission),
- les notes ou factures acquittées (détaillant les actes et prestations réalisés),
- les décomptes établis par d'autres organismes de prévoyance,
- les prescriptions médicales et les factures correspondantes pour le forfait médecine naturelle,
- une copie du livret de famille pour le forfait naissance,
- une copie de la licence sportive du Bénéficiaire pour le forfait visite du sport.

7. Cotisations

La cotisation à l'adhésion est fonction de l'âge à l'adhésion de l'Adhérent. Pour les adhésions en couple, la cotisation est fonction de l'âge à l'adhésion du Conjoint s'il est plus jeune que l'Adhérent.

L'âge de l'Adhérent ou du Conjoint est déterminé par différence de millésimes entre l'année en cours et l'année de naissance.

Les taxes actuelles à la charge des Adhérents sont comprises dans la cotisation. Tout changement du taux de ces taxes entraînera une modification du montant de la cotisation.

La cotisation évolue contractuellement de :

- 2 % chaque année, jusqu'au 65 ans de l'Adhérent,
- 3 % chaque année, au-delà de cet âge.

A ces taux, s'ajoute l'augmentation due à l'évolution de la consommation médicale du groupe assuré. La composition du groupe tient compte de l'âge, du sexe, de la zone géographique du domicile, de la composition de la famille assurée, du Régime obligatoire et du niveau choisi.

Les augmentations de cotisations ont lieu chaque année au 1^{er} janvier ou éventuellement en cours d'année si la participation à la charge des Bénéficiaires venait à être augmentée par une réglementation ultérieure du Régime obligatoire ou en cas de modification dans la situation des Bénéficiaires (la nouvelle cotisation prendra effet à la date d'effet de ladite modification).

En cas de modification du niveau de garantie souscrit suite à une demande de l'Adhérent, il sera tenu compte pour le calcul de la cotisation, de l'âge de l'Adhérent à la date de prise d'effet de ladite modification.

Les cotisations sont payables d'avance annuellement. Elles peuvent faire l'objet d'un fractionnement semestriel, trimestriel ou mensuel, selon le mode de paiement choisi par l'Adhérent.

L'Adhérent qui perçoit des indemnités au titre de la garantie "Chômage" demeure tenu du paiement de la cotisation.

A défaut du paiement d'une cotisation dans les 10 jours de son échéance, APRIL Assurances adressera à l'Adhérent une lettre recommandée de mise en demeure. Celle-ci entraîne la suspension des garanties 30 jours plus tard. Après un nouveau délai de 10 jours, APRIL Assurances résiliera de plein droit le contrat. En outre, elle pourra réclamer en justice le paiement des cotisations restant dues. En cas de mise en demeure pour non-paiement, la cotisation deviendra exigible pour l'année entière, conformément au Code.

En cas de paiement du montant qui figure sur la lettre de mise en demeure, après suspension des garanties et avant résiliation, les garanties reprendront effet à midi, le lendemain du jour du paiement.

Conditions générales

Valant note d'information - **A conserver par l'assuré**

Frais de santé

8. Limitations de garanties

Ne sont pas garantis au titre du présent contrat :

- **les événements, conséquences et suites de la guerre civile ou étrangère,**
- **les séjours en gérontologie, en Instituts Médico Pédagogiques et établissements similaires.**
- **les centres hospitaliers et assimilés pour personnes âgées dépendantes et les hospitalisations en longs séjours.**
- **les soins esthétiques, les cures de toutes natures (sauf dispositions prévues à l'article 3), la thalassothérapie,**
- **les hospitalisations pour motifs psychiatriques en établissements non conventionnés.**

9. Effet, durée et cessation des garanties

9.1 - Date d'effet des garanties :

A la date indiquée sur le Certificat d'adhésion et au plus tôt le lendemain zéro heure de la date de réception de la demande d'adhésion par APRIL Assurances sous condition suspensive du paiement de la première cotisation et sous réserve d'acceptation par APRIL Assurances concrétisée par l'émission d'un Certificat d'adhésion.

9.2 - Délais d'attente :

9.2.1 – L'Adhérent ayant déclaré à l'adhésion avoir bénéficié de garanties "complémentaire santé" supérieures ou égales au cours du mois précédent la date de prise d'effet de la présente adhésion, devra joindre à sa demande d'adhésion une copie du certificat de radiation et des documents indiquant le niveau et le contenu des garanties du précédent contrat. Dans cette hypothèse, aucun délai d'attente ne lui sera appliqué **à l'exception du forfait "naissance/adoption" où il est égal à 9 mois.**

Pour le cas où l'Adhérent ne fournirait pas les documents susmentionnés justifiant le niveau des garanties du précédent contrat, il lui sera appliqué les délais d'attente mentionnés au 9.2.2.

9.2.2 – L'Adhérent ayant déclaré à l'adhésion avoir bénéficié de garanties "complémentaire santé" inférieures au cours du mois précédent la date de prise d'effet de la présente adhésion, devra joindre à sa demande d'adhésion une copie du certificat de radiation et des documents indiquant le niveau et le contenu des garanties du précédent contrat. Dans cette hypothèse, l'adhérent se verra appliquer les délais d'attente suivant :

Hospitalisation :

- En cas d'hospitalisation suite à une maladie ou maternité au cours des 6 premiers mois d'adhésion, le montant garanti pour les honoraires chirurgicaux est plafonné à :
 - Pour le niveau 1+ et 2 : 100% du TC *
 - Pour le niveau 3 : 300% du TC *
 - Pour le niveau 4, 5 et 6 : 400% du TC *
- En cas d'hospitalisation suite à une maladie ou maternité au cours des 6 premiers mois d'adhésion, les garanties chambre particulière et "accompagnant enfant" des niveaux 5 et 6 sont plafonnées aux montants mentionnés pour le niveau 4 du tableau des garanties.

Honoraires médicaux :

- Les garanties honoraires médicaux des généralistes, spécialistes et paramédicaux des niveaux 5 et 6 sont plafonnés durant les 6 premiers mois d'adhésion à 150% du TC *.

En dentaire :

- Durant les 6 premiers mois d'adhésion, le montant garanti pour les frais de prothèses non remboursées et d'orthodontie non remboursée par le Régime obligatoire est limité à :
 - Pour le niveau 3 : 100% du TC sans plafond
 - Pour le niveau 4 : 125% du TC, sachant que le plafond applicable est celui du niveau 3
 - Pour le niveau 5 et 6 : 200% du TC, sachant que le plafond applicable est celui du niveau 4
- Durant les 6 premiers mois d'adhésion, le montant garanti pour les frais de prothèses remboursées et d'orthodontie remboursée par le Régime obligatoire des niveaux 5 et 6 est limité à 250% du TC*, sachant que le plafond applicable est celui du niveau 4.

Les plafonds s'entendent au global des frais de prothèses et d'orthodontie remboursées et non remboursées par le Régime obligatoire.

En optique :

- Les forfaits optiques des niveaux 5 et 6 sont plafonnés, durant les 6 premiers mois d'adhésion, aux montants mentionnés pour le niveau 4 du tableau des garanties.

Pour le cas où l'Adhérent ne fournirait pas les documents justifiant le niveau des garanties du précédent contrat, il lui sera appliqué les délais d'attente mentionnés au 9.2.3.

En cas de maternité :

- Le forfait naissance s'applique après un délai d'attente de 9 mois.

9.2.3 - L'Adhérent ayant déclaré à l'adhésion ne pas avoir bénéficié de garanties "complémentaire santé" au cours du mois précédent la date de prise d'effet de la présente adhésion ou n'ayant justifié d'aucune garantie au cours du mois écoulé, se verra appliquer les délais d'attente suivant :

Hospitalisation :

- En cas d'hospitalisation suite à une maladie ou maternité au cours des 6 premiers mois d'adhésion, le montant garanti pour les honoraires chirurgicaux est plafonné à 100% du T.C* et pour les frais de séjour en secteur non conventionné des niveaux 3, 4, 5 et 6 à 100% du T.C*.
- Les garanties chambre particulière et "accompagnant enfant" des niveaux 5 et 6, s'appliquent après un délai d'attente de 6 mois à compter de la date de prise d'effet des garanties, en cas d'hospitalisation suite à maladie ou maternité.

Honoraires médicaux :

- Les garanties honoraires médicaux des généralistes, spécialistes et paramédicaux des niveaux 5 et 6 donnent lieu au cours des 6 premiers mois suivant la date d'effet des garanties à un remboursement des prestations limité à 100 % du T.C*.

En dentaire :

- Les frais de prothèses non remboursées et d'orthodontie non remboursée par le Régime obligatoire donnent lieu au cours des 6 premiers mois suivant la date d'effet des garanties à un remboursement des prestations limité de 100% du T.C.
- Les frais de prothèses remboursées et d'orthodontie remboursée des niveaux 5 et 6 donnent lieu au cours des 6 premiers mois suivant la date d'effet des garanties à un remboursement des prestations limité à 100% du T.C*.

En optique :

- Les forfaits optiques des niveaux 5 et 6 s'appliquent après un délai d'attente de 6 mois à compter de la date de prise d'effet des garanties.

En cas de maternité :

- Le forfait naissance s'applique après un délai d'attente de 9 mois. Pas de Délai d'Attente pour les enfants à condition qu'ils soient inscrits dans les deux mois qui suivent leur naissance ou leur adoption. Aucun délai d'attente n'est appliqué en cas d'Accident et pour les garanties optionnelles Renfort Optique et Dentaire et Médecine naturelle.

Ces délais s'appliquent, en cas d'augmentation ou d'adjonction de garantie, aux prestations résultant de cette augmentation ou adjonction et sont décomptés à partir de la date d'effet des garanties mentionnées au certificat d'adhésion.

9.3 - Durée des garanties

Elles sont viagères dès la date d'adhésion.

L'échéance est au 31/12. L'adhésion se renouvelle chaque année par tacite reconduction à compter du 1^{er} janvier suivant la date d'adhésion, pour autant que la convention reste en vigueur.

En cas de cessation d'activité de l'Association des Assurés d'APRIL Assurances, l'organisme assureur s'engage à maintenir aux Bénéficiaires l'intégralité des garanties dont ils bénéficieront à la date de cessation.

9.4 - Cessation des garanties

Les garanties du contrat cessent :

- a) En cas de dénonciation de la convention par l'Association des Assurés d'APRIL Assurances ou l'organisme assureur à l'échéance

Conditions générales

Valant note d'information - **A conserver par l'assuré**

annuelle (dans ce cas l'Association s'engage à en informer chaque Adhérent),

b) en cas de résiliation par l'Adhérent à l'échéance annuelle au 31/12, par lettre recommandée avec un préavis de 2 mois au moins,

c) en cas de non-paiement des cotisations, les garanties étant suspendues 10 jours avant la résiliation (cf. art 7),

d) dès que l'Assuré cesse d'appartenir à l'effectif assurable, ou cesse de réaliser les conditions pour être Bénéficiaire,

e) en cas d'omission ou inexactitude dans la déclaration du risque à l'adhésion ou en cours de contrat.

Les garanties et le droit aux prestations cessent à la date d'effet de la résiliation.

En cas de résiliation par l'organisme assureur ou l'Association dans les cas énoncés au a), l'organisme assureur s'engage à maintenir, sur demande de l'Adhérent, des garanties équivalentes à celles dont il bénéficiait à la date de résiliation.

En cas de démission par l'Adhérent de l'Association des Assurés d'APRIL Assurances, le contrat prendra automatiquement fin au 31 décembre de l'année de la prise d'effet de la démission.

Sanctions en cas de fausse déclaration :

Le présent contrat est établi d'après les déclarations des Bénéficiaires.

Toute omission, réticence, fausse déclaration intentionnelle ou non dans la déclaration du sinistre expose le Bénéficiaire à une déchéance de garanties et à la résiliation de l'adhésion.

10. Prescription du paiement des prestations

Toute action dérivant de la présente adhésion est prescrite dans un délai de 2 ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Le délai de réclamation sur les dossiers réglés est de 6 mois.

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption ou par l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par l'Adhérent à APRIL Assurances en ce qui concerne le règlement des prestations, et par APRIL Assurances à l'Adhérent en ce qui concerne le paiement des cotisations.

11. Changement dans la situation du bénéficiaire

L'Adhérent doit informer APRIL Assurances par écrit, dans le mois qui suit tout changement dans la situation d'un Bénéficiaire, statut, situation, domicile (par défaut les lettres adressées au dernier domicile connu produiront tous leurs effets) ainsi qu'en cas de changement d'activité professionnelle ou de cessation d'activité professionnelle.

12. Subrogation

En cas de sinistre provoqué par un tiers responsable, l'organisme assureur exercera son recours contre le tiers responsable à concurrence des prestations et indemnités versées au Bénéficiaire.

Frais de santé

Lexique

Chaque terme ou expression mentionné(e) ci-dessus a, lorsqu'il ou elle est employé(e) avec une majuscule, la signification suivante :

Accident : Toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'Assuré, provenant de l'action soudaine d'une cause extérieure.

Adhérent : Personne membre de l'Association, qui adhère à la présente convention de groupe.

Année d'adhésion : Période d'un an qui sépare deux dates anniversaires de la prise d'effet des garanties. Le point de départ de cette période est la date d'effet de l'adhésion portée au Certificat d'adhésion pour chaque Bénéficiaire.

Base de Remboursement : Tarif de base déterminé par la Sécurité sociale française et pris en compte pour le calcul du remboursement des actes médicaux effectués par des praticiens conventionnés ou non conventionnés.

Bénéficiaire : L'Adhérent et éventuellement son conjoint et leurs enfants, ayant droit aux prestations en nature d'un régime d'Assurance Maladie Obligatoire français, admis à l'assurance. Ils sont alors inscrits au Certificat d'adhésion.

Certificat d'adhésion : Document remis à l'Adhérent confirmant l'adhésion à la présente convention de groupe et qui précise pour chacun des bénéficiaires les garanties souscrites et le niveau choisi.

Code : Code de la Mutualité.

Conjoint : L'époux ou l'épouse de l'Assuré, non divorcé ni séparé de corps par un jugement définitif, le(a) concubin(e) déclaré(e) ou le co-signataire d'un Pacte Civil de Solidarité avec l'Assuré.

Délai d'Attente : Période durant laquelle les garanties ne sont pas encore en vigueur. Le point de départ de cette période est la date d'effet de l'adhésion portée au Certificat d'adhésion.

Maladie : Atération de la santé constatée par une autorité médicale.

Toutefois, sont considérées comme des maladies et non comme des accidents, les affections aiguës ou chroniques telles que lumbagos, tour de reins, sciatiques, déchirures, entorses, hernies (sauf si ces affections sont la conséquence directe d'un accident caractérisé).

Régime obligatoire : Le régime de Sécurité sociale français auquel est affilié le Bénéficiaire.

TA (Tarif d'Autorité) : Base de remboursement du régime obligatoire établie entre la Sécurité sociale française et les fédérations des différents praticiens pour un médecin non conventionné.

TC (Tarif de Convention) : Base de remboursement du régime obligatoire établie entre la Sécurité sociale française (base Métropole) et les fédérations des différents praticiens pour un médecin conventionné.

TC * : Tarif de Convention sous déduction du remboursement du Régime Obligatoire du Bénéficiaire.

TM (Ticket Modérateur) : Différence entre la base de remboursement de la Sécurité sociale et la part prise en charge par le régime obligatoire.

TR (Tarif de Responsabilité) :

Cela vise :

- le Tarif Convention si l'on parle de soins réalisés par un praticien conventionné,
- le Tarif d'Autorité si l'on parle de soins réalisés par un praticien non conventionné.

Conditions générales

Valant note d'information - **A conserver par l'assuré**

Il a été conclu entre l'Association des Assurés d'APRIL Assurances (association loi 1901, BP 3133 - 69211 LYON Cedex 03 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 la forme d'assurance collective, dont le risque est assuré par des organismes d'assurance habilités, relevant soit du Code des assurances, soit du Code de la mutualité ou encore du Code de la sécurité sociale) et LONDON GENERAL INSURANCE COMPANY LIMITED (ci-après dénommé « l'Assureur », société de droit anglais, Entreprise régie par le Code des assurances, dont la succursale pour la France est 55 rue Aristide Briand, 92309 LEVALLOIS PERRET, R.C.S Nanterre 392 678 116) une convention d'assurance de groupe à adhésion facultative dont la gestion administrative est déléguée à APRIL Assurances par l'Assureur.

L'autorité chargée du contrôle de l'organisme assureur est l'Autorité de contrôle des assurances et des mutuelles située 61 rue Taitbout, 75009 Paris.

Cette convention d'assurance de groupe (ci-après dénommée "Garantie Chômage") est soumise au droit français et régie par le Code des assurances, les présentes conditions générales et les certificats d'adhésion remis aux Adhérents.

Les présentes conditions générales, extrait de la convention d'assurance de groupe valant note d'information, sont remises aux Adhérents lors de l'adhésion.

1. Objet

L'adhésion à la Garantie Chômage garantit à l'Adhérent, en cas de Sinistre et durant la période d'indemnisation, le remboursement de la cotisation, toutes options comprises, versée par l'Adhérent au titre du contrat BALINEA SANTE 2007.

2. Qui peut être assuré ?

Pour être admissible à l'assurance, tout proposant doit :

- avoir la qualité d'Adhérent au titre de la convention d'assurance BALINEA SANTE 2007 "frais de santé",
- être âgé au jour de l'adhésion d'au moins 18 ans et ne pas avoir dépassé le 31 décembre de l'année de son 55^e anniversaire,
- résider en France (à l'exclusion des Territoires d'Outre-Mer),
- attester :
 - occuper un emploi salarié à durée indéterminée d'un minimum de 20 heures par semaine depuis au moins 6 mois consécutifs auprès d'un même employeur, ouvrant droit aux allocations de base et de fins de droits, versées par l'ASSEDIC ou par tout autre organisme gestionnaire d'une prestation équivalente pour les salariés du secteur public,
 - et ne pas être en préavis de licenciement, de démission de mise à la retraite ou en période d'essai.

L'adhésion à la Garantie Chômage doit être concomitante à celle de la garantie "Frais de santé"

3. Contenu de la garantie

3.1 - Montant de l'indemnité :

L'Assureur verse chaque mois à l'Adhérent, tant que le Chômage Total persiste, une indemnité équivalente au douzième du montant de la cotisation totale annuelle (toutes options confondues) au titre du contrat BALINEA SANTE 2007, quelle que soit la périodicité de paiement choisie et sous réserve du paiement effectif par l'Adhérent des cotisations dues au jour du Sinistre.

3.2 - Limites de Garantie :

Le montant mensuel de l'indemnité ne pourra être supérieur à 1 000 euros T.T.C.

Par ailleurs, en cas de modification de la cotisation totale annuelle (toutes options confondues) du contrat BALINEA SANTE 2007 postérieurement à la survenance du Sinistre :

1) Si l'Adhérent paye une cotisation inférieure à celle payée précédemment, l'indemnité payée par l'Assureur ne peut en tout état de cause dépasser le montant de cotisation nouvellement payée par l'Adhérent.

Option Chômage

2) Si l'Adhérent paye une cotisation supérieure à celle payée précédemment, la garantie de l'Assureur est limitée au remboursement de la cotisation effective à la date de survenance du Sinistre.

3.3 - Durée maximum de l'indemnisation :

Après expiration du Délai d'attente et de la Franchise, la durée maximum de l'indemnisation par Sinistre est de six (6) mois au titre d'une seule et même période continue de Chômage Total. Tout mois de Chômage Total commencé est intégralement indemnisé par l'Assureur.

Si l'Adhérent reprend une activité salariée en contrat à durée indéterminée durant sa période d'indemnisation, le paiement de l'indemnisation s'arrête à la fin du mois de cette reprise. Si l'Adhérent perd son emploi dans les six (6) mois suivant cette reprise, ce Sinistre sera considéré comme la continuation du Sinistre initial et l'indemnisation reprendra sans application d'un nouveau délai de Franchise, la durée maximum cumulée d'indemnisation restant de six (6) mois depuis la déclaration du Sinistre initial.

Au delà de cette période de six (6) mois de reprise d'emploi, une nouvelle période de Chômage Total sera considérée comme un nouveau Sinistre et le délai de Franchise de quatre-vingt dix (90) jours sera applicable.

Au cours de la durée de son adhésion à la Garantie Chômage, l'Adhérent peut être indemnisé de trois Sinistres au maximum.

3.4 - Cessation des prestations :

L'Assureur procédera au paiement des prestations jusqu'à la fin du mois de la survenance de l'un des événements suivants :

- la reprise d'une activité salariée rémunérée totale ou partielle,
- la cessation du versement des allocations par l'ASSEDIC ou par tout autre organisme gestionnaire d'une prestation équivalente pour les salariés du secteur public,
- la cessation d'activités professionnelles rémunérées,
- la dispense de recherche d'emploi par l'ASSEDIC ou par tout autre organisme gestionnaire d'une prestation équivalente pour les salariés du secteur public,
- le paiement de six (6) mensualités d'indemnisation au titre d'un seul et même Sinistre.

4. Règlement des prestations

4.1 - Franchise absolue :

Pour donner droit à une prise en charge, le Chômage Total doit être indemnisé par l'ASSEDIC ou par tout autre organisme gestionnaire d'une prestation équivalente pour les salariés du secteur public, durant une période continue de plus de quatre-vingt dix (90) jours.

Le premier jour de cette période correspond au premier jour du versement des allocations ASSEDIC (allocation d'aide au retour à l'emploi) ou des allocations de tout autre organisme gestionnaire d'une prestation équivalente pour les salariés du secteur public, au titre du Chômage Total garanti.

La prestation de l'Assureur débute à compter du quatre-vingt onzième (91^e) jour de Chômage Total et continu.

4.2 - Déclaration :

Pour le versement des prestations, la déclaration de perte d'emploi devra être faite par écrit auprès d'APRIL Assurances 27 rue Maurice Flandin 69403 Lyon Cedex 03 qui la transmettra à l'Assureur, après vérification de la validité de l'adhésion à la Garantie Chômage.

La déclaration de perte d'emploi devra parvenir à APRIL Assurances avant le 61^e jour de la survenance.

Si elle est faite après le 61^e jour de sa survenance, le Chômage Total sera considéré comme s'étant produit le jour où la déclaration aura été faite. Dans ce cas le décompte du délai de Franchise s'effectuera :

- à compter de la date de déclaration, lorsque le premier jour du versement des allocations ASSEDIC ou des allocations équivalentes est antérieur à la date de déclaration ;
- à compter de la date du premier jour du versement des allocations ASSEDIC ou des allocations équivalentes, lorsque ledit versement est postérieur à la date de déclaration.

Conditions générales

Valant note d'information - **A conserver par l'assuré**

Option Chômage

4.3 - Instruction :

Après la déclaration auprès d'APRIL Assurances, l'Adhérent devra adresser à l'Assureur (LONDON GENERAL INSURANCE, 55 rue Aristid Briand 92309 Levallois Perret Cedex) les documents suivants :

- un certificat de l'employeur indiquant la date de début du contrat de travail, la date de début du préavis de licenciement et le motif du licenciement,
- un certificat ou le contrat de travail de l'emploi occupé à la date de signature de la demande d'adhésion au contrat BALINEA SANTE 2007,
- la lettre d'admission au bénéfice des allocations d'assurance chômage délivrée par l'UNEDIC ou l'Etat,
- les décomptes d'allocations ASSEDIC ou d'allocations équivalentes pour les salariés du secteur public, depuis l'origine,
- la copie de la lettre de licenciement sur laquelle est indiquée la date de l'entretien préalable,

Par la suite, afin de continuer à bénéficier de l'indemnisation au titre de la Garantie Chômage, l'Adhérent devra fournir chaque mois à l'Assureur et sans interruption les décomptes d'allocations ASSEDIC ou d'allocations équivalentes pour les salariés du secteur public.

A défaut, l'indemnisation sera suspendue.

Par ailleurs, durant l'instruction du Sinistre, l'Assureur peut demander à l'Adhérent tout document complémentaire nécessaire à l'instruction du dossier.

Enfin, en cas de reprise d'activité durant une période d'indemnisation, l'Adhérent devra fournir à l'Assureur la copie du contrat de travail en vigueur dans les trente (30) jours de la reprise, sous peine de déchéance des droits à la Garantie Chômage.

4.4 - Modalités de versement des prestations :

Les prestations dues sont versées mensuellement à terme échu par l'Assureur à l'Adhérent par chèque ou virement bancaire.

5. Cotisations

La cotisation annuelle de la Garantie Chômage est égale à 2 % de la cotisation totale annuelle de base (hors options) du contrat BALINEA SANTE 2007 "frais de santé".

Les taxes actuelles à la charge des Adhérents sont comprises dans la cotisation. En cas de modification des taxes en vigueur à l'adhésion à la présente convention ou d'instauration de nouvelles impositions à cette convention, la cotisation ci-dessus définie sera modifiée de plein droit.

Le pourcentage de la cotisation peut également être révisé par l'Assureur à chaque échéance annuelle.

Les cotisations sont payables d'avance annuellement, semestriellement, trimestriellement, mensuellement, selon le mode de paiement choisi par l'Adhérent.

A défaut de paiement d'une cotisation dans les 10 jours de son échéance, APRIL Assurances adressera à l'Adhérent une lettre recommandée de mise en demeure. Celle-ci entraîne la suspension de la Garantie Chômage 30 jours plus tard. Après un nouveau délai de 10 jours, APRIL Assurances résiliera de plein droit l'adhésion. En outre, APRIL Assurances pourra réclamer en justice le paiement des cotisations restant dues.

En cas de mise en demeure pour non-paiement, la cotisation deviendra exigible immédiatement pour l'année entière conformément au Code des assurances (article L113-3).

En cas de paiement du montant qui figure sur la lettre de mise en demeure, après suspension de la Garantie Chômage et avant résiliation, la Garantie Chômage reprendra effet à midi le lendemain du jour du paiement.

6. Exclusions des garanties

La survenance d'un des événements suivants occasionnant directement ou indirectement la perte d'emploi de l'Adhérent ne donne pas lieu à indemnisation par l'Assureur :

- **les faits de guerres civiles ou étrangères, d'émeutes, de mouvements populaires, d'attentats et d'actes de terrorisme, de sabotage, dans la mesure où l'Adhérent a pris une part active à l'évènement incriminé,**

- **une rixe, sauf si l'Adhérent agit en état de légitime défense ou pour venir en aide à une personne en danger,**
- **les conséquences indirectes d'actes de grève,**
- **les actes à caractère frauduleux ou dolosifs de l'Adhérent ou d'un complice,**
- **les accidents consécutifs à l'utilisation d'engins aériens privés en qualité de pilote ou passager (sauf passager sur avions de lignes commerciales).**
- **les maladies ou accidents antérieurs à la prise d'effet de la Garantie Chômage,**
- **la consommation de stupéfiants non prescrits médicalement,**
- **la conduite en état d'ivresse de l'Adhérent (taux d'alcoolémie supérieur au taux légal en vigueur au jour du Sinistre),**
- **les effets directs ou indirects de la radioactivité,**
- **les démissions volontaires, légitimes ou non, même si elles sont indemnisées par l'ASSEDIC,**
- **toute forme de cessation d'activité dont la réglementation implique l'absence de recherche d'un nouvel emploi (notamment contrat de solidarité, accord FNE, convention sociale de la sidérurgie, création d'entreprise, retraite, pré-retraite, convention de conversion, congé de formation ...),**
- **les fins de périodes d'essai,**
- **les fins de contrat de travail à durée déterminée ou de contrat temporaire de travail,**
- **le licenciement non pris en charge par l'ASSEDIC ou par tout autre organisme gestionnaire d'une prestation équivalente pour les salariés du secteur public,**
- **le chômage partiel ou saisonnier,**
- **le licenciement pour faute grave ou lourde,**
- **le chômage consécutif au licenciement de l'Adhérent salarié de son conjoint, ascendant, descendant, collatéral ou d'une personne morale contrôlée ou dirigée par lui-même, son conjoint, ascendant, descendant, collatéral,**
- **la cessation d'activité résultant d'un accord entre l'employeur et le salarié dit "départ négocié" (y compris ceux donnant lieu à indemnisation par l'ASSEDIC ou par tout autre organisme gestionnaire d'une prestation équivalente pour les salariés du secteur public),**
- **les licenciements lorsque l'Adhérent est domicilié à l'étranger.**

7. Effet, durée et cessation de la garantie ____ chômage

7.1 - Date d'effet de la Garantie Chômage :

La Garantie Chômage prend effet à la date de prise d'effet de l'adhésion au contrat d'assurance BALINEA SANTE 2007 "frais de santé", sous condition suspensive du paiement de la cotisation et sous réserve de l'acceptation de l'adhésion par APRIL Assurances concrétisée par l'émission d'un Certificat d'adhésion.

A l'issue de cette période, la Garantie Chômage est tacitement reconduite chaque premier janvier par périodes annuelles successives.

7.2 - Délai d'attente :

Il est prévu un Délai d'attente de quatre vingt dix (90) jours à compter de la date d'effet de l'adhésion au contrat d'assurance BALINEA SANTE 2007.

Tout licenciement (date d'envoi de la lettre de licenciement faisant foi) intervenu pendant le Délai d'attente ne donne jamais lieu à indemnisation.

7.3 - Cessation de l'adhésion à la Garantie Chômage :

La Garantie Chômage cesse :

- a) en cas de résiliation par l'Adhérent, à l'échéance annuelle au 31 décembre, par lettre recommandée adressée à APRIL Assurances avec un préavis de 2 mois au moins. **Toute résiliation est définitive, l'Adhérent ne pourra plus souscrire la Garantie Chômage.**
- b) en cas de dénonciation de la présente convention par l'Association des Assurés d'APRIL Assurances ou par l'Assureur à l'échéance annuelle. Dans ce cas, l'Association s'engage à en informer chaque Adhérent 3 mois avant la date d'effet de la résiliation.
- c) au jour où l'Adhérent cesse de remplir les conditions d'éligibilité à la Garantie Chômage prévues à l'article 2 "Qui peut être assuré ?"

Conditions générales

Valant note d'information - **A conserver par l'assuré**

ci-avant ou cesse de réaliser les conditions pour être bénéficiaire de la Garantie Chômage prévue à l'article 3 "Cessation des prestations," d) à la date où l'Adhérent cesse de bénéficier des garanties "frais de santé" du contrat BALINEA SANTE 2007, e) au 31 décembre de l'année du 60^e anniversaire de l'Adhérent, f) en cas de cessation d'activités professionnelles rémunérées, g) au jour où l'Adhérent a épuisé tout droit à indemnisation au titre de la Garantie Chômage, h) en cas de non paiement des cotisations, i) en cas de démission par l'Adhérent de l'Association des Assurés d'APRIL Assurances, le contrat prendra automatiquement fin au 31 décembre de l'année de la prise d'effet de la démission.

Sanction en cas de fausse déclaration :

La Garantie Chômage est établie d'après les déclarations de l'Adhérent.

Toute inexactitude, omission, réticence ou fausse déclaration intentionnelle ou non de la part de l'Adhérent portant sur les éléments constitutifs du risque au moment de l'adhésion ou en cours d'adhésion, est sanctionnée même si elle a été sans influence sur le Sinistre, par une réduction d'indemnité ou une nullité du contrat.

De même toute omission, réticence, fausse déclaration intentionnelle ou non dans la déclaration du Sinistre expose l'Adhérent à une déchéance de garanties et à la résiliation de l'adhésion.

8. Prescription

Toute action dérivant de la présente adhésion est prescrite dans un délai de 2 ans à compter de l'événement qui y donne naissance (article L114-1 du Code des Assurances).

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption ou par l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par l'Adhérent à l'Assureur en ce qui concerne le règlement des prestations, et par APRIL Assurances à l'Adhérent en ce qui concerne le paiement des cotisations.

9. Changement dans la situation de l'adhérent

L'Adhérent doit informer APRIL Assurances par écrit, dans les quatre-vingt dix (90) jours qui suivent, de tout changement de statut, de situation, de domicile (par défaut les lettres adressées au dernier domicile connu produiront tous leurs effets) ainsi qu'en cas de changement d'activité professionnelle ou de cessation d'activités professionnelles rémunérées.

En cas de survenance d'un des événements énoncés ci-dessus et conformément à l'article L113.16 du Code des assurances, l'Adhérent et APRIL Assurances ont la faculté de résilier l'adhésion, cette résiliation prenant effet 1 mois après que l'autre partie en ait reçue notification.

10. Examen des réclamations

En cas de difficultés dans l'application de la Garantie Chômage, il est recommandé à l'Adhérent de s'adresser à son intermédiaire en assurance.

Si enfin la réponse donnée ne lui donne pas satisfaction, l'Adhérent pourra saisir le service juridique de l'Assureur, LONDON GENERAL INSURANCE COMPANY LIMITED, 55, rue Aristide Briand 92309 Levallois-Perret cedex.

Si, malgré tout, l'Adhérent n'est pas satisfait, il pourra avoir recours au Médiateur de la Fédération Française des Sociétés d'Assurance, 26 boulevard Haussmann, 75009 PARIS.

Option Chômage

Lexique

Chaque terme ou expression mentionné(e) ci-dessus a, lorsqu'il ou elle est employé(e) avec une majuscule, la signification suivante :

Adhérent : Personne physique qui adhère à la convention "Garantie Chômage" et qui porte le risque.

Certificat d'adhésion : Document remis à l'Adhérent confirmant l'adhésion à la Garantie Chômage.

Chômage Total : Chômage résultant directement d'un licenciement ouvrant droit au revenu de remplacement prévu par les articles L351-1 à L351-26 du Code du travail après une période d'activité professionnelle salariée d'un minimum de 20 heures par semaine d'au moins 6 mois consécutifs sous contrat de travail à durée indéterminée, chez le même employeur.

Délai d'attente : Période durant laquelle les garanties ne sont pas encore en vigueur. Le point de départ de cette période est la date d'effet indiquée sur le Certificat d'adhésion au contrat d'assurance BALINEA SANTE 2007.

Tout Sinistre apparu pendant ce délai d'attente n'est pas garanti au titre de la Garantie Chômage.

Franchise : Période pendant laquelle les prestations ne sont pas dues.

Sinistre : Chômage Total de l'Adhérent.

APRIL ASSURANCES UNE SOCIÉTÉ APRIL GROUP

Siège social,

27 rue Maurice Flandin - BP 3261

69403 Lyon Cedex 03

Fax 04 78 53 65 18 - Internet www.april.fr

