

## Notice d'information

# SANTÉ SELECT NR

[ sans questionnaire médical ]

Le présent document constitue la notice d'information, prévue par l'article L. 221-6 du Code de la mutualité. Il reprend les dispositions des contrats collectifs à adhésion facultative de durée annuelle à tacite reconduction **n° MSI 15 SELECT et 200.01.01 SCNR**, souscrits par les associations Alptis, Apti et Alptis Seniors auprès des mutuelles Miltis et Groupe Smiso Mutuelles des Cadres régies par les dispositions du Livre II du Code de la mutualité.

Réf : **SANTE SELECT NR**

Il a été conclu des contrats collectifs à adhésion facultative de durée annuelle à tacite reconduction, n° MSI 15 SELECT et 200.01.01 SCNR entre :

- d'une part les associations :
  - Alptis dont le siège social est situé 25 cours Albert Thomas - 69445 LYON CEDEX 03,
  - Apti dont le siège social est situé 21 rue du Mail - BP 4 - 38501 VOIRON CEDEX,
  - Alptis Seniors dont le siège social est situé 25 cours Albert Thomas - 69445 LYON CEDEX 03 ;
- et d'autre part les organismes assureurs suivants :
  - Miltis, mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la mutualité (SIREN n° 417 934 817), dont le siège social est situé 25, cours Albert Thomas - 69003 LYON,
  - Groupe Smiso Mutuelle des Cadres, mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la mutualité (SIREN n° 324 310 614), dont le siège social est situé 95 rue de Jemmapes - 59800 LILLE CEDEX.

Ces contrats sont ouverts aux membres des associations Alptis, Apti et Alptis Seniors.

La distribution et la gestion de ces contrats sont déléguées à Alptis Assurances, société de gestion et de courtage dont le siège social est situé 25 cours Albert Thomas - 69445 LYON CEDEX 03.

Le nom de l'association auprès de laquelle l'adhésion est effectuée, le nom de l'organisme assureur qui assure vos garanties, le n° du contrat, le niveau de garantie et le cas échéant, le ou les renfort(s) optionnel(s) choisi(s) sont précisés sur votre certificat d'adhésion.

Les relations précontractuelles et contractuelles entre les parties sont régies par le droit français et notamment par le Code de la mutualité. Les parties utiliseront la langue française pendant toute la durée de l'adhésion.

## DESCRIPTIF DES PRESTATIONS

Les remboursements exprimés en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité Sociale (BRSS\*) incluent la prise en charge du régime de base. Les montants exprimés en euros interviennent en complément de l'éventuelle part du régime de base. Les forfaits intègrent une limite annuelle s'appliquent par bénéficiaire et par année d'adhésion, soit par période de 12 (douze) mois successifs à compter de la date d'effet de la garantie ; à l'exception des cures thermales pour lesquelles les prestations sont allouées par année civile (du 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre). Les remboursements ne peuvent dépasser les frais restants à la charge du bénéficiaire des prestations.

Les remboursements sont différents selon que votre praticien est adhérent ou non à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée.

Les garanties du présent contrat ne s'inscrivent pas dans le cadre du dispositif législatif des contrats d'assurance visés à l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale dits "contrats responsables".

Garanties de base	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4	Niveau 5
<b>COUVERTURE HOSPITALISATION</b>				
HOSPITALISATION médicale, chirurgicale, à domicile, maternité, établissements et unités spécialisés				
<b>Séjour</b>				
<b>Frais de séjour</b> - En secteur conventionné - En secteur non conventionné	Frais Réels 125 % BRSS	Frais Réels 150 % BRSS	Frais Réels 200 % BRSS	Frais Réels 250 % BRSS
<b>Chambre particulière (exclue en psychiatrie)</b> - En cas d'hospitalisation (dont ambulatoire) médicale, chirurgicale, maternité (exclue en établissement et unités spécialisés) (1) (forfait par jour) - En cas de soins de suite et de réadaptation dans la limite de 30 jours	30 euros 15 euros	45 euros 20 euros	60 euros 25 euros	75 euros 30 euros
<b>Forfait journalier hospitalier</b>	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels
<b>Séjour accompagnant</b> (forfait par jour)	15 euros	20 euros	25 euros	30 euros
<b>Honoraires</b>				
- Praticiens adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisé <b>BONUS FIDÉLITÉ après 2 ans d'adhésion du bénéficiaire (\$5)</b> - Praticiens non adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée	125 % BRSS + 25 % BRSS 105 % BRSS	150 % BRSS + 25 % BRSS 130 % BRSS	200 % BRSS + 25 % BRSS 155 % BRSS	250 % BRSS + 25 % BRSS 200 % BRSS
<b>Services d'assistance en cas d'hospitalisation</b> Les prestations d'assistance sont mises en œuvre par votre service d'assistance	Prestations de services dans la limite de <b>500 euros par année d'adhésion, dans les conditions fixées par la Notice d'information ASI</b>			
<b>COUVERTURE SOINS COURANTS</b>				
SOINS COURANTS				
<b>Honoraires</b>				
<b>Honoraires médicaux</b> (pris en charge par le régime de base) Consultations et visites, actes techniques médicaux, actes d'obstétrique, actes d'anesthésie, actes de chirurgie, actes d'imagerie et d'échographie pris en charge par le régime de base - Praticiens adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisé <b>BONUS FIDÉLITÉ après 2 ans d'adhésion du bénéficiaire (\$5)</b> - Praticiens non adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée	125 % BRSS + 25 % BRSS 105 % BRSS	150 % BRSS + 25 % BRSS 130 % BRSS	200 % BRSS + 25 % BRSS 155 % BRSS	250 % BRSS + 25 % BRSS 200 % BRSS
<b>Honoraires paramédicaux</b> (pris en charge par le régime de base)	125 % BRSS	150 % BRSS	200 % BRSS	250 % BRSS
<b>Analyses et examens de laboratoire</b> (pris en charge par le régime de base)	125 % BRSS	150 % BRSS	200 % BRSS	250 % BRSS
<b>Soins inopinés à l'étranger</b> (pris en charge par le régime de base)	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS
<b>Autres soins courants</b>				
<b>Cure thermale prise en charge par le régime de base</b> - Honoraires médicaux - Frais d'établissement - Transport et hébergement (pris en charge ou non pris en charge par le régime de base)	100 % BRSS + 50 euros (par année civile)	100 % BRSS + 75 euros (par année civile)	100 % BRSS + 100 euros (par année civile)	100 % BRSS + 150 euros (par année civile)
<b>Transport</b> (pris en charge par le régime de base)	100 % BRSS	125 % BRSS	150 % BRSS	200 % BRSS
<b>Matériel Médical (2)</b> (pris en charge par le régime de base)	100 % BRSS	125 % BRSS	150 % BRSS	200 % BRSS
<b>Médicaments prescrits</b> (pris en charge par le régime de base à 15 %, 30 % et 65 %)	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS
<b>Médicaments et Vaccins prescrits</b> (non pris en charge par le régime de base) (par année d'adhésion)	-	25 euros	30 euros	35 euros

Garanties de base	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4	Niveau 5
<b>SERVICES</b>				
Tiers payant et remboursements automatisés par télétransmission	Oui	Oui	Oui	Oui
Assistance Santé Individuelle (se reporter à la Notice ASI)	Oui	Oui	Oui	Oui
Téléconsultation (se reporter à la Notice ASI)	Oui	Oui	Oui	Oui
Protection Juridique Santé (se reporter à la Notice PJS)	Oui	Oui	Oui	Oui
Exonération des cotisations en cas de décès accidentel (se reporter à la Notice ASI)	Oui	Oui	Oui	Oui
Ateliers de prévention Santé Durable**	Oui	Oui	Oui	Oui

**\*BRSS (Base de Remboursement Sécurité Sociale)** : tarif sur lequel sont calculés les remboursements effectués par le régime de base. Ce tarif peut varier selon que le praticien est conventionné ou non conventionné.

\*\*Ces ateliers gratuits sont financés grâce à la cotisation d'association associée à votre contrat. Retrouvez les ateliers et des informations sur la Santé Durable sur Cap Santé Durable (<https://cap-sante-durable.org/>).

**(1)** Durée illimitée en cas d'hospitalisation chirurgicale et médicale. **Exclue en établissements et unités spécialisés.**

**(2)** Dispositifs médicaux au sens de l'article L. 5211-1 du Code de la Santé publique, et les produits et prestations inscrits à la liste prévue à l'article L. 165-1 du Code de la Sécurité sociale.

Retrouvez toutes les informations complémentaires sur votre espace adhérent.

## DISPOSITIONS SPÉCIFIQUES

**LES PRÉSENTES DISPOSITIONS SPÉCIFIQUES PRÉVALENT SUR LES CONDITIONS GÉNÉRALES.**

### 1. CONDITIONS D'ADHÉSION PARTICULIÈRES, OUTRE CELLES PRÉVUES AUX CONDITIONS GÉNÉRALES

#### Accès au contrat

L'adhésion au présent contrat est ouverte aux personnes âgées d'au moins 60 ans ou aux personnes ayant le statut de travailleur non salarié ou aux présidents de SAS/SASU.

#### Alsace-Moselle

Pour les bénéficiaires affiliés au régime Alsace-Moselle, la souscription n'est possible qu'à partir du niveau 2.

#### Modularité

Il est possible d'adhérer à la garantie en souscrivant le module Hospitalisation seul ou le module Hospitalisation et Soins courants en choisissant le même niveau pour l'ensemble des postes.

### 2. MODALITÉS D'ÉVOLUTION DE LA COTISATION EN FONCTION DE L'ÂGE

Outre les évolutions prévues au sein des Conditions Générales, la cotisation de la garantie de base évolue contractuellement au 1er janvier de chaque année en fonction de l'âge successivement atteint de :

- 2% de 20 ans jusqu'à l'âge de 60 ans,
- 3% à partir de 61 ans.

#### Cas particulier des enfants entre 0 et 18 ans

Il n'y a pas d'évolution entre 0 et 18 ans. Au 1<sup>er</sup> janvier de l'année de ses 19 ans, l'enfant se verra appliquer une cotisation adulte.

L'âge retenu est calculé par différence de millésime entre l'année en cours et l'année de naissance du bénéficiaire des prestations.

### 3. DÉLAIS D'ATTENTE

Aucun délai d'attente ne s'applique pour la couverture "SOINS COURANTS".

Pour la couverture "HOSPITALISATION", le droit aux prestations est acquis à l'issu d'un délai d'attente de trois (3) mois à compter de la date d'effet des garanties. En revanche, les soins consécutifs à un accident survenu après la prise d'effet des garanties sont pris en charge sur présentation de justificatifs. L'accident s'entend comme toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'adhérent, provenant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure, dont l'adhérent est victime à compter de la prise d'effet des garanties.

## 4. GARANTIES

### 4.1 CURES THERMALES

Les montants exprimés en euros pour les cures thermales sont alloués par année civile (du 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre). Les montants ne se cumulent pas d'une année sur l'autre.

#### 4.2 SOINS INOPINÉS À L'ÉTRANGER

Lorsque les garanties souscrites prévoient le remboursement des soins inopinés à l'étranger, **seuls les soins imprévus lors de voyages ou de séjours dans un pays étranger de moins de 3 (trois) mois et pris en charge par le régime de base sont remboursés. Les soins sont considérés comme imprévus dès lors que le déplacement dans un pays étranger n'avait pas pour but de s'y faire soigner.**

#### 5. BONUS FIDÉLITÉ

Après deux ans d'adhésion du bénéficiaire, les prestations sont majorées selon les modalités prévues au sein du descriptif de prestations pour les garanties expressément visées par ce dernier. Le nombre d'année d'adhésion est calculé à compter de la date d'effet de la garantie.

**Toute modification de garantie (à la hausse ou à la baisse) annule le nombre d'années d'adhésion écoulées avant celle-ci.**

## SOMMAIRE

<b>6• LEXIQUE</b> .....	<b>P. 6</b>
<b>7• OBJET DU CONTRAT</b> .....	<b>P. 7</b>
<b>8• ADHÉSION AU CONTRAT ET VIE DU CONTRAT</b> .....	<b>P. 7</b>
8-1 CONDITIONS D'ADHÉSION .....	P. 7
8-2 FORMALITÉS D'ADHÉSION .....	P. 7
8-3 PRISE D'EFFET DE L'ADHÉSION .....	P. 7
8-4 DROIT DE RENONCIATION .....	P. 7
8-5 DATE D'EFFET DES GARANTIES .....	P. 8
8-6 MODIFICATION DE GARANTIE .....	P. 8
8-7 DURÉE DE L'ADHÉSION .....	P. 8
8-8 CHANGEMENT DE LA SITUATION DU BÉNÉFICIAIRE DES PRESTATIONS .....	P. 8
<b>9• GARANTIES</b> .....	<b>P. 8</b>
9-1 RISQUES COUVERTS .....	P. 8
9-2 ÉTENDUE TERRITORIALE DES GARANTIES .....	P. 8
9-3 HOSPITALISATION MÉDICALE, CHIRURGICALE, À DOMICILE, MATERNITÉ, ÉTABLISSEMENTS ET UNITÉS SPÉCIALISÉS .....	P. 9
9-4 FONCTIONNEMENT DES MONTANTS EXPRIMÉS EN EUROS .....	P. 9
9-5 MÉDICAMENTS .....	P. 9
9-6 CURES THERMALES .....	P. 9
9-7 ACTES DE MÉDECINE COMPLÉMENTAIRE .....	P. 9
<b>10• MODALITÉS DE REMBOURSEMENTS</b> .....	<b>P. 9</b>
10-1 TÉLÉTRANSMISSION .....	P. 9
10-2 TIERS PAYANT .....	P. 9
10-3 PRISE EN CHARGE EN CAS D'HOSPITALISATION .....	P. 9
<b>11• RISQUES EXCLUS</b> .....	<b>P. 9</b>
<b>12• LIMITE DES PRESTATIONS</b> .....	<b>P. 10</b>
<b>13• CESSATION DES GARANTIES</b> .....	<b>P. 10</b>
<b>14• COTISATIONS</b> .....	<b>P. 10</b>
14-1 MONTANT DES COTISATIONS .....	P. 10
14-2 PAIEMENT DES COTISATIONS .....	P. 10
14-3 VARIATIONS DES COTISATIONS ET DES GARANTIES .....	P. 11
14-4 DÉFAUT DE PAIEMENT DES COTISATIONS .....	P. 11
<b>15• DISPOSITIONS DIVERSES</b> .....	<b>P. 11</b>
15-1 PROTECTION DES DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL .....	P. 11
15-2 AUTORITÉ CHARGÉE DU CONTRÔLE .....	P. 11
15-3 FONDS DE GARANTIE .....	P. 11
15-4 PRESCRIPTION .....	P. 11
15-5 SANCTIONS EN CAS DE FAUSSE DÉCLARATION .....	P. 12
15-6 SUBROGATION .....	P. 12
15-7 EXAMEN DES RÉCLAMATIONS - MÉDIATION .....	P. 12

## 6• LEXIQUE

**ADHÉRENT** : personne physique membre de l'association et qui adhère au contrat groupe. Un enfant mineur sans activité professionnelle ne peut être adhérent.

**BÉNÉFICIAIRES DES PRESTATIONS** : l'adhérent et éventuellement ses ayants droit inscrits : son conjoint et leurs enfants (âgés de moins de 28 ans), affiliés à un régime de base, et mentionnés dans le certificat d'adhésion. Ci-après également dénommés "Assurés".

**BASE DE REMBOURSEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE (BRSS)** : tarif sur lequel sont calculés les remboursements effectués par le régime de base.

**CERTIFICAT D'ADHÉSION** : document envoyé à l'adhérent après acceptation de sa demande d'adhésion. Il reprend les conditions d'admission et les garanties souscrites, ainsi que leur date de prise d'effet.

**COUPLE-CONJOINT** : toutes personnes mariées ou ayant conclu un PACS ou vivant en concubinage (attesté par la fourniture d'un justificatif de vie commune).

**DÉLAI D'ATTENTE** : période pendant laquelle les garanties ne s'appliquent pas. Le délai d'attente court à compter de la prise d'effet de l'adhésion inscrite sur le certificat d'adhésion.

**DISPOSITIF DE PRATIQUE TARIFAIRE MAÎTRISÉE** : contrat signé par certains médecins/praticiens favorisant l'accès aux soins par une meilleure prise en charge des patients. Les médecins/praticiens signataires s'engagent à limiter leurs dépassements d'honoraires.

**GARANTIE DE BASE** : ensemble de garanties hors renforts optionnels ou packs optionnels (lorsque le contrat en prévoit).

**RÉGIME DE BASE (RB) :** régime légal de protection sociale français auquel est obligatoirement affilié le bénéficiaire des prestations (Régime Général de la Sécurité sociale ; régime de la Sécurité sociale des indépendants; Régime des exploitants agricoles : AMEXA ; Régime des salariés agricoles ; Régime d'Alsace-Moselle ; Régime spéciaux).

**SUPPORT DURABLE :** tout instrument offrant la possibilité à l'adhérent de stocker des informations qui lui sont adressées personnellement, afin de pouvoir s'y reporter ultérieurement pendant un laps de temps adapté aux fins auxquelles les informations sont destinées, et qui permet la reproduction à l'identique des informations conservées.

**TICKET MODÉRATEUR (TM) :** quote part restant à la charge de l'assuré, égale à la différence entre la base de remboursement et les remboursements du régime de base.

**PLAFOND MENSUEL DE LA SÉCURITÉ SOCIALE (PMSS) :** montant fixé par décret et qui sert de référence pour déterminer certaines cotisations et certaines prestations, le PMSS de référence est celui de l'année en cours. Le montant en vigueur est disponible sur le site [www.ameli.fr](http://www.ameli.fr).

## 7- OBJET DU CONTRAT

Le présent contrat a pour objet de garantir aux bénéficiaires des prestations le remboursement des frais médicaux et chirurgicaux qu'ils ont engagés, dans la limite des garanties et du niveau souscrit (cf. Descriptif des prestations). Il intervient en complément du régime de base.

## 8- ADHÉSION AU CONTRAT ET VIE DU CONTRAT

### 8-1 CONDITIONS D'ADHÉSION

Pour être assurables au titre du présent contrat, l'adhérent et ses ayants droit doivent être des personnes physiques résidant en France métropolitaine (y compris Corse) ou dans les DROM (**à l'exclusion de Mayotte**), à Saint-Barthélemy ou à Saint-Martin (**territoire français**). Tous les membres d'une même famille doivent souscrire le même niveau de garantie.

**Les bénéficiaires des prestations doivent être affiliés à l'un des régimes de base de la protection sociale française** (cf. lexique).

Ils doivent en outre respecter les conditions prévues aux dispositions spécifiques du contrat souscrit, le cas échéant.

**Il est précisé que les garanties ne sont pas éligibles à la complémentaire santé solidaire prévue aux articles L. 861-1 et suivants du Code de la Sécurité sociale et n'entrent pas dans le champ d'application de la loi n° 94-126 du 11 février 1994 relative à l'initiative et à l'entreprise individuelle, dite Loi "Madelin" prévoyant la déductibilité fiscale des cotisations.**

### 8-2 FORMALITÉS D'ADHÉSION

- L'adhérent doit compléter, signer et dater une demande d'adhésion indiquant le niveau de garantie choisi et les éventuels ayants droit à garantir.
- L'adhésion se fait sans formalité médicale.

La signature de la Demande d'Adhésion emporte acceptation des droits et obligations définis dans le présent document.

Conformément aux dispositions de l'article L. 223-1 du Code de la consommation, l'adhérent est informé qu'il existe une liste d'opposition gratuite au démarchage téléphonique sur laquelle il peut s'inscrire. Cette inscription permet à l'adhérent de ne pas être sollicité sur des produits d'assurance auxquels il n'aurait pas souscrit.

### 8-3 PRISE D'EFFET DE L'ADHÉSION

L'adhésion prend effet à la date souhaitée et indiquée sur le certificat d'adhésion et au plus tôt le lendemain de la réception au siège d'Aptis Assurances de la demande d'adhésion complétée et signée sous réserve d'acceptation notifiée par la délivrance d'un certificat d'adhésion et du paiement de la 1<sup>ère</sup> cotisation.

### 8-4 DROIT DE RENONCIATION

L'adhérent dispose d'un délai de 14 (quatorze) jours calendaires révolus pour renoncer à son adhésion.

En cas de renonciation, les dispositions suivantes s'appliquent (sauf dispositions particulières rappelées ci-après) :

- Si des prestations ont été versées, l'adhérent s'engage à rembourser à l'organisme assureur les montants éventuellement perçus dans un délai de 30 (trente) jours ;
- Si des cotisations ont été perçues, l'organisme assureur les remboursera à l'adhérent dans un délai de 30 (trente) jours.

#### **Informations spécifiques à la vente à distance**

##### **Article L. 112-2-1 II du Code des assurances**

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

##### **Article L. 221-18 II du Code de la Mutualité**

**"Toute personne physique ayant adhéré à distance, à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, à un règlement ou à un contrat collectif à adhésion facultative, dispose d'un délai de quatorze jours calendaires révolus pour y renoncer, sans avoir à justifier de motif ni à supporter de pénalités".**

Le contrat est vendu à distance s'il est conclu au moyen d'une ou plusieurs techniques de commercialisation à distance, notamment vente par correspondance ou Internet. L'adhérent dispose, dans le cadre du présent contrat, d'un délai de 14 (quatorze) jours calendaires révolus pour renoncer à son adhésion à compter de la prise d'effet de l'adhésion ou à compter du jour où l'adhérent reçoit les conditions contractuelles et les informations, si cette dernière date est postérieure à celle de la prise d'effet de l'adhésion. Les frais afférents à la technique de commercialisation à distance sont à la charge de l'Adhérent (coûts des communications téléphoniques, connexions à Internet) et ne feront l'objet d'aucun remboursement.

#### **En cas d'adhésion dans le cadre d'un démarchage à domicile, à résidence ou sur le lieu de travail**

##### **Article L. 112-9 du Code des assurances**

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

### Article L. 221-18-1 du Code de la Mutualité

**“Toute personne physique qui fait l’objet d’un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, et qui adhère dans ce cadre à un règlement ou à un contrat collectif à adhésion facultative à des fins qui n’entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d’y renoncer par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique avec demande d’avis de réception pendant le délai de quatorze jours calendaires révolus à compter du jour de la signature du bulletin d’adhésion sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités”.**

L’adhérent dispose, dans le cadre du présent contrat, d’un délai de 14 (quatorze) jours calendaires révolus pour renoncer à son adhésion à compter de la date de conclusion de celle-ci (qui correspond à la date d’émission du certificat d’adhésion). L’adhérent ne peut plus exercer son droit de renonciation dès lors qu’il a connaissance d’un sinistre mettant en jeu les garanties du contrat.

### Modalités d’exercice du droit de renonciation

Le courrier de renonciation devra être envoyé à Alptis Assurances - 25 cours Albert Thomas - 69445 LYON CEDEX 03, en recommandé ou en recommandé électronique avec avis de réception.

Modèle de lettre de renonciation :

*“Je soussigné(e) (Nom, Prénom et numéro de l’adhérent),..... demeurant à .....ai l’honneur de vous informer que je renonce à mon adhésion au contrat (Nom et N° de contrat) que j’ai signée le (date).....”.*

A..... Le .....

Signature

## 8-5 DATE D’EFFET DES GARANTIES

Le droit aux prestations est acquis à la date de prise d’effet de la garantie ou de l’inscription au contrat en cas de modification de la situation de la famille figurant sur le certificat d’adhésion.

Lorsque le contrat en prévoit, les délais d’attente sont mentionnés au sein du “Descriptif des prestations et dispositions spécifiques”.

## 8-6 MODIFICATION DE GARANTIE

### Garantie de base

Après un an d’adhésion à la garantie, l’adhérent pourra demander la modification de sa garantie (en optant pour un niveau inférieur ou supérieur) pour un effet au 1<sup>er</sup> jour du mois suivant la demande.

### Renforts optionnels ou packs optionnels

Lorsque le contrat prévoit des renforts optionnels ou packs optionnels, l’adhérent peut demander à :

- ajouter le ou les renfort(s) optionnel(s) ou pack(s) optionnel(s), pour un effet au 1<sup>er</sup> jour du mois qui suit la demande. Les délais d’attente correspondants s’appliquent ;
- résilier son ou ses renfort(s) optionnel(s) ou pack(s) optionnel(s) pour un effet au 1<sup>er</sup> janvier qui suit la demande.

La souscription du ou des renfort(s) optionnel(s) ou pack(s) optionnel(s) vaut pour l’adhérent et ses ayants droit inscrits le cas échéant. La résiliation du ou des renfort(s) optionnel(s) ou pack(s) optionnel(s) vaut pour l’adhérent et ses ayants droit inscrits le cas échéant.

### Pour l’ensemble des garanties

Lorsque le contrat le prévoit, les limites d’âge d’accès aux garanties doivent aussi être respectées lors de la modification de la garantie en cas de changement de niveau ou de garantie (adhésion à une autre complémentaire santé Alptis), les prestations de 1<sup>ère</sup> année et les éventuels plafonds dentaires du nouveau niveau ou de la nouvelle garantie s’appliquent.

## 8-7 DURÉE DE L’ADHÉSION

La garantie acquise est viagère sauf en cas de déclarations inexactes faites à l’adhésion ou de perte de la qualité d’assuré social affilié à un régime de base ou dans les cas définis au paragraphe cessation des garanties. En cours de contrat, aucun bénéficiaire des prestations ne peut être exclu de la garantie, ni voir sa cotisation majorée en raison d’une dégradation de son état de santé.

**L’adhésion s’entend pour la durée de l’année civile en cours, puis se renouvelle annuellement par tacite reconduction.**

## 8-8 CHANGEMENT DE LA SITUATION DU BÉNÉFICIAIRE DES PRESTATIONS

L’adhérent doit informer Alptis Assurances par écrit, dans le mois qui suit tout changement dans la situation d’un bénéficiaire des prestations :

- d’un changement d’adresse : par défaut, les lettres adressées au dernier domicile connu produiront tous leurs effets ;
- d’un changement du département de résidence: les modifications tarifaires éventuelles liées au changement du département de résidence, prennent effet à compter du changement de département de résidence ;
- d’un changement du régime de base ;
- d’un changement de profession.

# 9. GARANTIES

## 9-1 RISQUES COUVERTS

Les prestations garanties sont complémentaires aux prestations en nature des assurances maladie et maternité du régime de base des bénéficiaires des prestations et leur attribution est subordonnée à la déclaration et à la prise en charge par cet organisme des frais engagés par le bénéficiaire des prestations (sauf mention explicite dans le descriptif des prestations). Les prestations accordées par l’organisme assureur visent au remboursement des dépenses pour les types d’actes ci-après énumérés, sous réserve des exclusions figurant à l’article “Risques exclus”. Sont couverts les frais médicaux et l’hospitalisation résultant d’un accident, d’une maladie et de la maternité. Seuls les frais expressément mentionnés dans le descriptif des prestations sont pris en charge.

## 9-2 ÉTENDUE TERRITORIALE DES GARANTIES

**Les garanties sont accordées en France et dans le monde entier lors de séjours n’excédant pas 3 (trois) mois par an.** Toutefois, l’indemnisation des soins effectués à l’étranger est subordonnée à la prise en charge par le régime de base en France. Le niveau des remboursements est défini dans le poste “Soins inopinés à l’étranger” du descriptif des prestations. Les règlements sont effectués en France et en euros.



### 9-3 HOSPITALISATION MÉDICALE, CHIRURGICALE, À DOMICILE, MATERNITÉ, EN ÉTABLISSEMENTS ET UNITÉS SPÉCIALISÉS

Le forfait journalier hospitalier, mentionné dans le descriptif des prestations, correspond au forfait journalier prévu à l'article L. 174-4 du Code de la Sécurité sociale fixé par arrêté.

Seuls sont pris en charge les soins et séjours effectués au sein des établissements sanitaires. On entend par établissements sanitaires :

- les établissements de médecine, chirurgie, obstétrique,
- les établissements et unités spécialisés :
  - psychiatriques,
  - soins de suites,
  - réadaptation et rééducation.

Pour pouvoir être indemnisé, le séjour doit donner lieu en outre à la facturation du forfait journalier (sauf dans le cas de l'hospitalisation à domicile). Les séjours en établissements ou unités spécialisés sont pris en charge même s'ils ne font pas suite à une hospitalisation.

**Les prestations et séjours effectués au sein des établissements médico-sociaux ne sont pas pris en charge.**

### 9-4 FONCTIONNEMENT DES MONTANTS EXPRIMÉS EN EUROS

Les montants exprimés en euros sont alloués par année d'adhésion (c'est-à-dire par période de 12 (douze) mois successifs, à partir de la date d'effet de la garantie) et par bénéficiaire.

### 9-5 MÉDICAMENTS

La liste des médicaments et leur taux de prise en charge par la Sécurité sociale est disponible sur le site [medicaments.gouv.fr](http://medicaments.gouv.fr).

### 9-6 CURES THERMALES

Lorsque le contrat prévoit le remboursement de cures thermales, seules celles médicalement prescrites et prises en charge par le régime de base sont remboursées.

### 9-7 ACTES DE MÉDECINE COMPLÉMENTAIRE

Lorsque le contrat prévoit le remboursement d'actes de médecine complémentaire, les actes non pris en charge par le régime de base, sont remboursés dans les limites prévues au descriptif de prestations (spécialités reconnues et nombre de séances toutes spécialités confondues). Les actes de médecine complémentaire sont listés dans le descriptif de prestations. Ces actes doivent avoir été réalisés par des praticiens pouvant justifier d'un diplôme d'État ou universitaire, d'une formation certifiée par l'École de la spécialité ou d'une certification par la fédération française de la discipline.

## 10. MODALITÉS DE REMBOURSEMENTS

### 10-1 TÉLÉTRANSMISSION

Afin d'éviter l'envoi des décomptes papiers, Alptis Assurances pratique la télétransmission informatique des décomptes de prestations du régime de base. Lorsque celle-ci est opérationnelle, la mention "nous avons également transmis ces informations à votre organisme complémentaire" figure sur le décompte de votre régime de base. Le service de télétransmission est un service gratuit. Cette liaison est enregistrée à réception des attestations délivrées avec la Carte Vitale de tous les bénéficiaires des prestations inscrits.

Lorsque la télétransmission n'est pas opérationnelle, les bénéficiaires des prestations doivent adresser à Alptis Assurances les décomptes originaux des prestations délivrés par le régime de base pour obtenir le règlement des prestations. En outre, pour les actes non pris en charge par le régime de base, le bénéficiaire des prestations doit envoyer à Alptis Assurances les factures originales et acquittées pour obtenir le règlement des prestations dont les montants sont exprimés en euros (dentaire, optique...). Dans tous les cas, l'organisme assureur peut subordonner le service des prestations à la communication préalable par le bénéficiaire des prestations d'informations ou justificatifs complémentaires.

**Les demandes de remboursements doivent être présentées dans un délai maximum de 2 (deux) ans à partir de la date de l'événement ouvrant droit à la prestation.** La date des soins prise en compte est celle retenue par le régime de base sur le décompte. Le versement de la prestation s'effectuera après réception et vérification de l'ensemble des pièces requises pour le traitement de la demande.

### 10-2 TIERS PAYANT

Le tiers payant permet aux bénéficiaires des prestations d'éviter l'avance de la partie des dépenses de santé prises en charge par la garantie dans la limite de la base de remboursement de la Sécurité sociale. Cette dispense résulte d'accords conclus par les établissements, les praticiens et les organismes sociaux en application de l'article L. 160-10 du Code de la Sécurité sociale. **Le tiers payant hospitalisation est plafonné à 200% de la BRSS. Au-delà, l'éventuel complément du remboursement est versé à l'assuré sur présentation de la facture acquittée de l'établissement hospitalier et du décompte du régime de base.** Le tiers payant est disponible dans tous les départements français, dans les DROM, ainsi qu'à Saint-Barthélemy et Saint-Martin (**territoire français**) et selon les accords passés avec les praticiens.

Pour les prestations "Optique, Dentaire, Aide Auditive et Hospitalisation", le tiers payant évite l'avance des frais, dans la limite du contrat souscrit.

### 10-3 PRISE EN CHARGE EN CAS D'HOSPITALISATION

En cas d'hospitalisation dans toute la France (y compris Corse) dans un établissement conventionné (cliniques, hôpitaux publics et privés) pratiquant le tiers payant avec les caisses de Sécurité sociale, Alptis Assurances délivre des prises en charge permettant d'éviter à l'adhérent l'avance des frais.

## 11. RISQUES EXCLUS

Ne sont pas pris en charge les frais qui sont la conséquence de :

- la guerre civile ou étrangère ;
- la désintégration du noyau atomique ;
- la faute intentionnelle ou dolosive du bénéficiaire des prestations prouvée par l'organisme assureur, y compris la mutilation volontaire et la tentative de suicide ;
- l'usage de stupéfiants non ordonnés médicalement.

De plus, ne sont pas pris en charge :

- les frais relatifs aux soins effectués antérieurement à la date d'adhésion ou postérieurement à la date de cessation des garanties;
- les séjours qui sont en cours à la date d'adhésion, dans tous types d'établissements, sauf si l'adhésion fait suite à une couverture antérieure, sans interruption entre les deux contrats ;
- les séjours et frais relatifs aux établissements et services sociaux, médico-sociaux, médico-pédagogiques ; aux établissements ou unités de longs séjours; aux établissements ou unités pour personnes âgées ;
- la chirurgie esthétique et les actes esthétiques non pris en charge par le régime de base ;
- les actes cotés hors nomenclature sauf mention contraire prévue dans le descriptif des prestations.

## 12. LIMITE DES PRESTATIONS

Les participations mises à la charge des assurés par le régime de base ne sont pas remboursées par le présent contrat dans les cas suivants :

- les dépassements d'honoraires des médecins du secteur 1 (sur les actes techniques et cliniques) et les majorations du ticket modérateur en cas de non-respect du parcours de soin ;
- la participation forfaitaire pour toutes les consultations ou actes réalisés par un médecin, les examens radiologiques et les analyses de biologie médicale ;
- les franchises médicales appliquées pour les boîtes de médicament, les actes paramédicaux et les transports sanitaires.

Conformément à l'article 9 alinéa 1 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 et à l'article 2 alinéa 1 du décret n° 90-769 du 30 août 1990, les remboursements ou indemnités des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge de l'assuré ou de l'adhérent après les remboursements de toute nature auxquels il a droit. Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit sa date de souscription. Dans cette limite, le bénéficiaire du contrat ou de la convention peut obtenir l'indemnité en s'adressant à l'organisme de son choix.

## 13. CESSATION DES GARANTIES

Les garanties cessent dans les cas suivants :

- dès que le bénéficiaire des prestations ne remplit plus les conditions pour être garanti ;
- en cas d'exercice de la faculté de renonciation ;
- en cas de dénonciation de l'adhésion suite à une modification du contrat d'assurance de groupe, en application des dispositions de l'article L. 221-6 du Code de la mutualité ou de l'article L.141-4 du Code des assurances ;
- en cas de décès du bénéficiaire des prestations ;
- en cas de résiliation par l'adhérent à tout moment à l'expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription du contrat, au choix de l'adhérent :
  - 1° Soit par lettre ou tout autre support durable ;
  - 2° Soit par déclaration faite au siège d'Alptis Assurances, 25 cours Albert Thomas 69445 LYON CEDEX 03 ;
  - 3° Soit par acte extrajudiciaire ;
  - 4° Soit, lorsque Alptis Assurances propose la conclusion de contrat par un mode de communication à distance, par le même mode de communication.

Alptis Assurances confirme par écrit la réception de la notification. La résiliation prend effet un mois à compter de la réception de cette notification ; les cotisations restent dues jusqu'à la date d'effet de la résiliation. En cas d'encaissement de cotisations pour la période non couverte, Alptis Assurances sera tenu au remboursement de celles-ci dans un délai de trente (30) jours à compter de la date d'effet de la résiliation ;

- en cas de résiliation par l'adhérent à l'échéance annuelle au 31 décembre, en utilisant tout support énuméré ci-avant et prévu par l'article L. 113-14 du Code des assurances ou l'article L. 221-10-3 du Code de la mutualité, avec un préavis de 2 (deux) mois (avant le premier novembre) ; les cotisations restent dues pour la totalité de l'exercice (jusqu'au 31 décembre) ;
- en cas d'exercice de l'une de vos facultés de résiliation précitées, vous pouvez notifier votre demande via la fonctionnalité prévue à cet effet sur votre espace adhérent. Alptis Assurances confirme la réception de la notification et vous informe par tout support durable, dans des délais raisonnables, de la date à laquelle le contrat prend fin et des effets de la résiliation ;
- en cas de démission par l'adhérent de l'association : celle-ci s'effectue dans les mêmes conditions que celles prévues ci-dessus en cas de résiliation par l'adhérent ;
- en cas de non-paiement des cotisations : Cf. § DÉFAUT DE PAIEMENT DES COTISATIONS.

Les garanties cessent à la date d'effet de la résiliation.

Les conditions de radiation d'un ayant droit sont identiques aux conditions de résiliation d'un adhérent. La résiliation de la garantie de base entraîne la résiliation des renforts optionnels ou packs optionnels.

## 14. COTISATIONS

### 14.1 MONTANT DES COTISATIONS

Le montant de la cotisation de la garantie de base est fonction :

- du niveau de garantie choisi,
  - du régime de base,
  - du département de résidence principale,
  - du nombre d'ayants droit de l'adhérent,
  - de l'âge des bénéficiaires des prestations.
- La cotisation des renforts optionnels ou packs optionnels tient compte de la composition familiale.

A ces cotisations s'ajoutent :

- la cotisation d'adhésion à l'association,
- le droit d'entrée (qui est perçu une fois pour toute lors de l'adhésion).

### 14.2 PAIEMENT DES COTISATIONS

Les cotisations sont payables d'avance annuellement. Elles peuvent faire l'objet d'un fractionnement semestriel, trimestriel ou mensuel.

### 14.3 VARIATIONS DES COTISATIONS ET DES GARANTIES

Outre l'éventuelle évolution en fonction de l'âge, les cotisations peuvent évoluer au premier janvier de chaque année en fonction de l'évolution des dépenses de la Sécurité sociale, et des résultats du groupe assuré qui tient compte du niveau choisi, de l'âge, de la zone géographique du lieu de résidence, de la composition familiale, du régime de base. De même, les garanties et les cotisations peuvent être réactualisées à tout moment en cas de modification des remboursements des régimes de base, ou de la législation fiscale ou sociale.

### 14.4 DÉFAUT DE PAIEMENT DES COTISATIONS

**En cas de non-paiement d'une cotisation ou d'une fraction de cotisation dans les 10 (dix) jours de son échéance, Alptis Assurances adressera à l'adhérent par lettre recommandée, une mise en demeure pouvant entraîner sa résiliation à l'expiration d'un délai de 40 (quarante) jours, dans les conditions définies à l'article L. 221-8 II du Code de la mutualité ou L. 141-3 du Code des assurances. Les cotisations sont dues jusqu'à la fin de l'exercice en cours. Les garanties cessent à la date d'effet de la résiliation.**

## 15. DISPOSITIONS DIVERSES

### 15.1 PROTECTION DES DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL

Les informations recueillies par Alptis Assurances font l'objet d'un traitement informatique aux fins de la passation, de la gestion et de l'exécution du contrat, ainsi que de l'adhésion à l'association. Des données de santé sont collectées aux fins de l'appréciation du risque ou de la mise en oeuvre des garanties souscrites. Toutes ces informations sont nécessaires au traitement de votre dossier. Le défaut de fourniture des informations obligatoires peut avoir pour conséquence le non traitement de votre dossier. Ces informations peuvent également être traitées en vue du respect d'obligations légales, notamment en matière de lutte contre la fraude et de lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme. Il est précisé qu'une fraude avérée pourra conduire à l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude, pendant cinq ans, et que cette inscription pourra bloquer toute entrée en relation contractuelle avec l'assureur pendant cinq ans durant cette période. Enfin, les données personnelles collectées sont susceptibles d'être utilisées à des fins statistiques, commerciales, de reporting, d'amélioration des services proposés ou de profilage, sur la base des intérêts légitimes du responsable de traitement (sauf opposition). Elles seront conservées pour des durées qui varient en fonction des finalités susvisées, et au maximum pendant la durée de la relation contractuelle, à laquelle s'ajoutent les durées de prescription légale en vigueur. Les destinataires des données sont, suivant les finalités et dans la limite de leurs attributions : les services compétents d'Alptis Assurances (y compris le Médecin-Conseil), l'association souscriptrice, l'organisme assureur et, le cas échéant, les réassureurs, les fonds de garantie, votre intermédiaire en assurances, ainsi que les tiers habilités appelés à connaître le contrat en raison de sa gestion. Alptis Assurances, l'association souscriptrice et l'organisme assureur prennent toutes les précautions propres à assurer la sécurité et la confidentialité des données personnelles collectées. Conformément au Règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 et à la loi "Informatique et libertés" du 6 janvier 1978 modifiée, toute personne concernée dispose d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement et de portabilité des données la concernant ainsi que du droit de demander la limitation du traitement ou de s'y opposer. En outre, toute personne concernée a la possibilité de définir des directives relatives à la conservation, à l'effacement et à la communication de ses données personnelles applicables après son décès. Vous pouvez exercer ces droits en vous adressant à : Alptis Assurances, 25 cours Albert Thomas, 69445 Lyon cedex 03 ou [contact-cnill@alptis.fr](mailto:contact-cnill@alptis.fr). Alptis Assurances se chargera de diffuser ces éventuelles modifications aux autres destinataires. En cas de désaccord persistant, toute personne concernée peut introduire une réclamation auprès de la CNIL à l'adresse suivante : Commission Nationale Informatique et Libertés, 3 place de Fontenoy, 75007 Paris. Pour plus d'informations, vous pouvez consulter notre Charte de protection des données à caractère personnel sur <http://www.alptis.org>.

### 15.2 AUTORITÉ CHARGÉE DU CONTRÔLE

L'autorité chargée du contrôle de l'organisme assureur et d'Alptis Assurances est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) - 4 Place de Budapest - CS 92459 - 75436 PARIS CEDEX 09.

### 15.3 FONDS DE GARANTIE

Il existe, selon l'organisme assureur :

- un fonds de garantie contre la défaillance des mutuelles et unions pratiquant des opérations d'assurance (article L. 431-1 du Code de la mutualité) ;
- un fonds de garantie des assurés contre la défaillance des sociétés d'assurance de personnes instauré par la loi n° 99-532 du juillet 1999 (article L. 423-1 du Code des assurances).

### 15.4 PRESCRIPTION

**La prescription est l'extinction d'un droit après un délai prévu par la loi. Toutes actions dérivant du présent contrat sont prescrites dans les délais et termes des articles suivants du Code de la mutualité ou du Code des assurances selon l'organisme assureur.**

**Pour les organismes assureurs relevant du Code de la mutualité**

**Article L. 221-11 du Code de la mutualité**

**Toutes actions dérivant des opérations régies par le présent titre sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance. Toutefois, ce délai ne court :**

**1° En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, du fait du membre participant, que du jour où la mutuelle ou l'union en a eu connaissance ;**

**2° En cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là. Quand l'action du participant, du bénéficiaire ou de l'ayant droit contre la mutuelle ou l'union a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre le membre participant ou l'ayant droit, ou a été indemnisé par celui-ci. La prescription est portée à dix ans lorsque, pour les opérations mentionnées au b du 1° du I de l'article L.111-1, le bénéficiaire n'est pas le membre participant et, dans les opérations relatives aux accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit du membre participant décédé.**

**Pour les contrats d'assurance sur la vie, nonobstant les dispositions du 2°, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès du membre participant.**

**Article L. 221-12 du Code de la mutualité**

**La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription\* et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique, avec avis de réception adressée par la mutuelle ou l'union au membre participant, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par le membre participant, le bénéficiaire ou l'ayant droit à la mutuelle ou à l'union, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.**

**Article L. 221-12-1 du Code de la mutualité**

**Par dérogation à l'article 2254 du Code civil, les parties à une opération individuelle ou collective ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci.**

## Pour les organismes assureurs relevant du Code des assurances

### Article L. 114-1 du Code des assurances

Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance. Par exception, les actions dérivant d'un contrat d'assurance relatives à des dommages résultant de mouvements de terrain consécutifs à la sécheresse-réhydratation des sols, reconnus comme une catastrophe naturelle dans les conditions prévues à l'article L.125-1, sont prescrites par cinq ans à compter de l'événement qui y donne naissance. Toutefois, ce délai ne court :

- 1° En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'Assureur en a eu connaissance ;
- 2° En cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand l'action de l'Assuré contre l'Assureur a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'Assuré ou a été indemnisé par ce dernier. La prescription est portée à dix ans dans les contrats d'assurance sur la vie lorsque le bénéficiaire est une personne distincte du souscripteur et, dans les contrats d'assurance contre les accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'assuré décédé.

Pour les contrats d'assurance sur la vie, nonobstant les dispositions du 2°, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès de l'assuré.

### Article L. 114-2 du Code des assurances

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription\* et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique, avec avis de réception adressée par l'Assureur à l'Assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'Assuré à l'Assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

### Article L.114-3 du Code des assurances

Par dérogation à l'article 2254 du Code civil, les parties à une opération individuelle ou collective ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci.

\*Causes ordinaires d'interruption de la prescription communes aux organismes relevant du Code des assurances ou du Code de la mutualité. En application de ces dispositions, constituent des causes ordinaires d'interruption de la prescription :

- la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait en l'espèce, par exemple, la reconnaissance de l'organisme assureur du droit de la garantie contestée (article 2240 du Code civil) ;
  - l'exercice d'une action en justice, même en référé, y compris lorsque l'action est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure (article 2241 du Code civil) ;
  - une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée [commandement de payer, saisie... (article 2244 du Code civil)] ;
  - l'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait.
- A noter que l'interpellation faite à l'un des héritiers d'un débiteur solidaire ou la reconnaissance de cet héritier, n'interrompt le délai de prescription que pour la part de cet héritier (article 2245 du Code civil) ;
- l'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance pour les cas de prescription applicables aux cautions (article 2246 du Code civil).

La prescription est également interrompue en cas de saisine du médiateur.

## 15.5 SANCTIONS EN CAS DE FAUSSE DÉCLARATION

Les déclarations faites par l'adhérent pour lui-même et les autres bénéficiaires des prestations servent de base à l'adhésion. En cas de réticence, omission ou déclaration fautive ou inexacte intentionnelle ou non lors de l'adhésion ou lors de la déclaration de sinistre, seront appliquées selon les cas, les dispositions des articles L. 221-14 (nullité du contrat), L. 221-15 (réduction des indemnités) du Code de la mutualité, ou les dispositions des articles L. 113-8 (nullité du contrat) et L. 113-9 (réduction des indemnités) du Code des assurances.

## 15.6 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.

## 15.7 EXAMEN DES RÉCLAMATIONS - MÉDIATION

En cas de difficulté dans l'application du contrat, l'adhérent, les bénéficiaires, les mandataires ou les ayants droit peuvent adresser une réclamation à Alptis Assurances, au travers de l'un des canaux de contacts suivants :

- dépôt d'un formulaire de réclamation en ligne, au sein de son espace personnel sécurisé (Espace adhérent), accessible à l'adresse suivante : <https://www.alptis.org/assurance/espace-adherent/> ;

- courrier adressé au Service Client d'Alptis Assurances - 25, cours Albert Thomas - 69003 LYON, en précisant son numéro d'adhérent.

Alptis Assurances accusera réception de la réclamation dans un délai maximum de 10 (dix) jours ouvrables suivant la date d'envoi de la réclamation écrite (sauf si une réponse a pu être apportée à l'intéressé au cours de ce délai) et, tout état de cause, apportera une réponse à la réclamation dans un délai maximum de 2 (deux) mois à compter de l'envoi de la première réclamation écrite, l'adhérent, les bénéficiaires, les mandataires ou les ayants droit ont la possibilité de saisir le Médiateur dans un délai maximal d'un an après l'envoi de la première réclamation écrite auprès de nos services, quel que soit l'interlocuteur ou le service auprès duquel elle a été formulée et qu'il y ait été ou non répondu. Les coordonnées du Médiateur lui seront transmises par les services d'Alptis Assurances. Le Médiateur ne pourra examiner la demande que si aucune action judiciaire n'a été engagée. Après avoir instruit le dossier, il rend un avis motivé dans les 3 (trois) mois qui ne lie pas les parties. Il est rappelé que l'adhérent, les bénéficiaires, les mandataires ou les ayants droit ont la possibilité de soumettre tout litige auprès du tribunal compétent. Les modalités de traitement des réclamations sont disponibles sur le site Internet d'Alptis Assurances, à l'adresse [www.alptis.org](http://www.alptis.org) (rubrique "Tous mes contacts / Faire une réclamation").



### Alptis Assurances

Intermédiaire en assurance - Société par Actions Simplifiée au capital de 10 000 000 € - 25 cours Albert Thomas 69003 Lyon - RCS de LYON n° 335 244 489 - N° TVA intracommunautaire : FR37335244489 - N° ORIAS : 07 005 850 - [www.orias.fr](http://www.orias.fr) - IDU REP Papiers : FR341758\_03BAJO - Assurance de Responsabilité Civile Professionnelle et Garantie Financière conformes au Code des Assurances - Tél : 04 72 36 16 16

### Groupe Smiso Mutuelle des Cadres

95 rue de Jemmapes 59800 Lille cedex - Mutuelle régie par les dispositions du Livre II du Code de la mutualité (SIREN n° 324 310 614)

### Miltis

25 cours Albert Thomas 69003 Lyon - [www.mutuelle-miltis.fr](http://www.mutuelle-miltis.fr) - Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité (SIREN n° 417 934 817) - IDU REP Papiers : FR331494\_03EMSE