S@nténior +

*A partir de **55 ans***

	HOSPI	Essentiel 1	Essentiel 2	Sp1	Sp2	Sp3	Sp4
LIMITE D'ÂGE DE SOUSCRIPTION	80 ans	aucune	aucune	aucune	aucune	80 ans	80 ans
DÉLAI D'ATTENTE	1 mois	aucun	aucun	aucun	aucun	aucun	aucun
HOSPITALISATION en secteur conventionné (1)							
Frais de séjour - Forfait Hospitalier	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Honoraires chirurgie, anesthésie, obstétrique :							
• *Médecins ayant souscrit le Contrat d'Accès aux Soins*	150%	100%	150%	125%	150%	200%	200%
• *Médecins hors Contrat d'Accès aux Soins*	130%	100%	130%	105%	130%	180%	180%
Chambre Particulière (2)	40€ / jour	•	40€ / jour	45€ / jour	55€ / jour	65€ / jour	80€ / jour
Frais TV, Internet, accompagnant (15 jours par évènement)	•	•	•	10€ / jour	15€ / jour	15€ / jour	20€ / jour
Hospitalisation à domicile	100%	100%	100%	125%	150%	200%	200%
Transport	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
MEDECINE COURANTE							
- Honoraires dans le cadre du contrat d'accès aux soins : Médecins généralistes et spécialistes, radiologie, rééducation, actes techniques médicaux - Auxiliaires médicaux, laboratoires	•	100%	120%	100%	130%	150%	200%
Honoraires hors Contrat d'Accès aux Soins : Médecins généralistes et spécialistes, radiologie, rééducation, actes techniques médicaux	•	100%	100%	100%	110%	130%	180%
Pharmacie et homéopathie remboursée par le RO	•	100%	100%	100%	100%	100%	100%
OPTIQUE							
Equipement optique remboursé par le RO (3)	•	100%	**200€** tous les 2 ans	**200€** tous les 2 ans	**275€** tous les 2 ans	**350€** tous les 2 ans	**425€** tous les 2 ans
Lentilles remboursées	•	100%	100%	100%	100%	100%	100%
AUDITIF							
Prothèses auditives	•	100%	100%	100%	100% + tous les 2 ans : **150€**	100% + tous les 2 ans : **250€**	100% + tous les 2 ans : **350€**
DENTAIRE							
Dentaire remboursé par le RO :							
• *Actes dentaires, prophylaxie, parodontologie, prévention*	•	100%	100%	100%	125%	150%	200%
• *Inlay, onlay, inlay-core, prothèses dentaires*	•	100%	100%	100%	125%	150%	200%
--> Avantage Fidélité dès la 3ème année Taux de remboursement porté à :				125%	150%	200%	250%
Forfait Annuel Dentaire non remboursé par le RO	•	•	•	•	100€	150€	300€
Plafond Dentaire pour l'ensemble du poste (hors soins) 1er et 2ème année	•	illimité	illimité	illimité	800€	1 000€	1 000€
à partir de la 3ème année		illimité	illimité	illimité	1 400€	1 400€	1 600€
PREVENTION & MEDECINE COMPLEMENTAIRE							
Pack Prévention, Médecines complémentaires	•	•	•	30€ / an	60€ / an	90€ / an	120€ / an
--> Avantage Fidélité dès la 3ème année Pack Prévention porté à :				60€ / an	90€ / an	120€ / an	150€ / an
CURES THERMALES							
Cures thermales : dépenses remboursées par le RO	•	•	•	100%	100%	100%	100%
Forfait hébergement et dépassements soins	•	•	•	100€ / an	125€ /an	150€ /an	200€ /an
DIVERS							
Orthopédie, petit appareillage	•	100%	100%	100% + 30€ / an	100% + 50€ / an	100% + 70€ / an	100% + 80€ / an
ASSISTANCE - SERVICES							
Assistance	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Service d'aide aux aidants accessible dès la prise d'effet	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
RENFORTS : *Eligibilité à la souscription d'un ou plusieurs renforts (prix dégressif)*	•	A et C	A, B et C	A, B et C			

Les prestations décrites dans le tableau ci-dessus sont exprimées en pourcentage de la base de remboursement (BR) de la Sécurité Sociale ou sous la forme de montants forfaitaires en euros.
Elles incluent le remboursement de la Sécurité Sociale. L'ensemble des prestations s'entend dans la limite des frais réellement engagés. ***RO = Régime Obligatoire***

+ de renforts

Renforts A Hospitalisation	*Honoraires*	+ 25%
	Chambre particulière	+ 20€ / jour
Renforts B Optique	*Lentilles remboursées ou non, ou chirurgie réfractive* — ou — *Verres complexes, hypercomplexes ou mixtes*	+100€ / an — 100€ tous les 2 ans
Renforts C Automédication	*Remboursement des médicaments non pris en charge par le RO et non prescrits**	+ 50€ / an

(1) En secteur non conventionné, prise en charge des frais de séjour à hauteur de 100% de la base de la sécurité sociale. (2) Durée illimitée en médecine, chirurgie. Limitée à 30 jours par an pour les séjours en convalescence, rééducation, réadaptation fonctionnelle. Pas de prise en charge de la chambre particulière en psychiatrie ou neuropsychiatrie, diététique, gériatrie.(3) Un équipement optique (verres + monture) par bénéficiaire tous les 2 ans sauf évolution de la vue. Monture prise en charge dans le forfait optique à hauteur de 150€ maximum. (*) Allergies, douleurs et migraines, toux et mal de gorge, brûlure d'estomac, constipation, diarrhée, jambes lourdes, crise hémorroïdaire et mycose vaginales.

ma santé FACILE

S@nténior +

Notice d'information (S@NTENIOR + 01-2016)

Notice d'information relative aux contrats collectifs à adhésion facultative N° 52040001 (Madelin), N° 52040002 (Non Madelin) et N° 52040003 (SP.Hospi).

- souscrit par C.MONASSO ci-après dénommée « Association », Association loi 1er juillet 1901
  Siège social : 7 rue Belgrand – 92300 Levallois-Perret.
- auprès de la REMA (La Réunion des Mutuelles d'assurances Régionales) l'assureur,
  Société d'assurance Mutuelle à cotisations fixes, Entreprise régie par le Code des assurances.
  Siège social : 137 rue Victor Hugo - 92300 Levallois-Perret.

La gestion des adhésions au contrat, par accord entre l'Association et l'Assureur et par délégation de l'Assureur, est effectuée par CEGEMA (S.A. de gestion et de courtage d'assurances - au Capital de 300 000 € - RCS Antibes B 378 966 485 - N° Orias : 07 001 328 Siège : 679, avenue du Docteur Julien Lefèbvre B.P 189 06272 Villeneuve Loubet Cedex), ci-après : "le délégataire".

LEXIQUE

Adhérent / Sociétaire : la personne physique signant la demande d'adhésion au contrat d'assurance souscrit par l'Association et désignée au Certificat Personnel d'Adhésion. Tout Adhérent au contrat d'assurance est de fait Sociétaire de la REMA. L'adhésion à l'Association C.MONASSO et à ses statuts résulte automatiquement de l'adhésion au présent contrat d'assurance.

Assuré : la (ou les) personne(s) garantie(s) par l'adhésion et désignée(s) au Certificat Personnel d'Adhésion.

Année d'assurance : période de 12 mois successifs à partir de la date de prise d'effet de l'adhésion.

Base de remboursement :
l'ensemble des tarifs de base utilisés par le Régime Obligatoire pour le calcul de ses remboursements.
On parle de :
- **Tarif de Convention** (TC) lorsque les actes sont effectués par un professionnel conventionné. Il s'agit d'un tarif résultant d'une convention signée entre l'assurance maladie obligatoire et les représentants des professions concernées par cette convention.
- **Tarif d'Autorité** (TA) pour les actes pratiqués par des professionnels de santé non conventionnés. Il s'agit d'un tarif forfaitaire servant de base de remboursement pour les actes pratiqués par des professionnels non conventionnés avec l'assurance maladie obligatoire. Ce tarif est très inférieur au tarif de convention.
- **Tarif de Responsabilité** (TR) pour les médicaments, appareillages et autres biens médicaux.

Catégories de médecins
Il existe plusieurs catégories de médecins selon qu'ils aient adhéré ou non aux conventions nationales entre leur profession et les régimes obligatoires d'assurance maladie.
Médecin conventionné en secteur 1 : il s'est engagé à pratiquer les honoraires fixés par la convention médicale dont il dépend et qui correspondent à la base de remboursement du régime obligatoire.
Médecin conventionné en secteur 1 avec dépassement permanent (DP) : en raison de ses titres, il a reçu l'autorisation de pratiquer des dépassements dans certaines conditions. Ces dépassements ne sont pas remboursés par le régime obligatoire.
Médecin conventionné en secteur 2 : il est autorisé à pratiquer des honoraires libres à condition qu'ils soient fixés avec « tact et mesure ». Ces dépassements ne sont pas remboursés par le régime obligatoire. Cette possibilité de facturer des dépassements est aussi accordée aux chirurgiens-dentistes sur les tarifs des prothèses dentaires et de l'orthodontie.
Médecin conventionné ayant adhéré au Contrat d'Accès aux Soins (CAS). En adhérant au Contrat d'accès aux Soins défini par la convention médicale, le médecin peut pratiquer des dépassements d'honoraires mais il s'engage à les modérer et stabiliser ses tarifs.
Médecin non conventionné : il a choisi de se dégager personnellement de la convention. Il fixe lui-même son tarif. Les actes sont remboursés sur la base du tarif d'autorité.
Certificat Personnel d'Adhésion : document envoyé à l'Adhérent après acceptation de sa demande d'adhésion. Il mentionne la formule de garantie souscrite et le montant de la cotisation.
Conclusion de l'adhésion : l'adhésion est conclue par l'accord entre l'Adhérent et l'Assureur. La date de conclusion est indiquée au Certificat Personnel d'Adhésion.
Délai d'attente : période durant laquelle les garanties ne sont pas encore en vigueur, tout événement survenant pendant le délai d'attente ne sera pas garanti. Le point de départ de cette période est la date d'effet indiquée au Certificat Personnel d'Adhésion.
Dépassement d'honoraires : la partie des honoraires dépassant la base de remboursement du régime obligatoire d'assurance maladie et qui n'est jamais remboursée par ce dernier.
Échéance principale : date de renouvellement de l'adhésion et date à partir de laquelle la cotisation est due pour l'année d'assurance à venir.
Forfait annuel dentaire non remboursé par le Régime Obligatoire : forfait exprimé par Assuré par année d'assurance pour tous les produits et prestations dentaires non remboursés par le régime obligatoire d'assurance maladie tels que les implants, prothèses et la parodontologie. Le montant de ce forfait n'entre pas en compte dans le calcul du plafond dentaire par année d'assurance et par Assuré.
Garantie : elle correspond aux prestations assurées dans le cadre de la formule retenue cumulées à celles des renforts éventuellement souscrits, qui forment un tout indissociable et constituent ainsi la garantie.
Nullité : c'est l'annulation pure et simple du contrat qui est censé alors n'avoir jamais existé (article L. 113-8 du Code des assurances).
Parcours de soins : il s'agit du circuit que les patients doivent respecter pour être remboursés « normalement ». Il consiste à déclarer un médecin traitant auprès de l'assurance maladie obligatoire et le consulter en priorité ou à consulter un médecin correspondant sur orientation de son médecin traitant. Certains médecins spécialistes peuvent être consultés sans pour autant passer par le médecin traitant (gynécologues, ophtalmologues, stomatologues, psychiatres).
Plafond dentaire : montant maximum remboursé par an, par bénéficiaire, exprimé par formule de garantie choisie. Les remboursements des actes dentaires et le forfait dentaire non remboursé ne rentrent pas dans le calcul du plafond dentaire. Lorsque le plafond dentaire est atteint, les actes dentaires remboursés par le régime obligatoire sont pris en charge à 100% de la base de remboursement de la sécurité sociale.
Régime Obligatoire : le Régime Obligatoire d'assurance maladie de Sécurité sociale auprès duquel est affilié l'Adhérent.
Ticket modérateur - TM : différence entre les tarifs de base (TC, TA, BR, TR) pris en compte par le régime obligatoire et le remboursement effectué par ce dernier.
Transport : le transport sanitaire du malade ou de l'accidenté, de son domicile ou du lieu de l'accident à l'hôpital (ou à la clinique) le (ou les) plus proche. L'assuré garde le libre choix de l'établissement hospitalier.
Verres complexes : foyer dont la sphère est hors zone de -6,00 ou +6,00 ou dont le cylindre est supérieur à +4,00 et à verres multifocaux ou progressifs.
Verres hypercomplexes : verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est hors zone de -8,00 à +8,00 ou à verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4,00 à +4,00.
Verres mixtes : verres avec au moins un verre complexe ou hypercomplexe.
Verres simples : foyer dont la sphère est comprise entre -6,00 et + 6,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00.

PRÉAMBULE

Votre adhésion au contrat est :

- Régie par les dispositions qui suivent dans le présent document. La loi applicable est la loi française, notamment le Code des assurances.
  En accord avec l'Association C.MONASSO, CEGEMA et vous-même, nous nous engageons à utiliser la langue française pendant toute la durée du contrat.
- Constituée des éléments suivants :
  - Les statuts de l'Association
  - Les statuts de la REMA fournis à la demande de l'adhérent
  - La présente Notice d'information qui définit les conditions d'application de votre adhésion au contrat, expose l'ensemble des garanties proposées et pouvant être souscrites. Elle vous informe sur les risques non couverts et vous indique également la marche à suivre pour obtenir vos remboursements.
  - Le Le Certificat Personnel d'Adhésion qui précise notamment les différentes dispositions personnelles de votre adhésion, les personnes assurées, l'étendue et les modalités des garanties effectivement souscrites.
  - Le tableau des garanties qui précise les dépenses de santé garanties.

Art.1 - OBJET DU CONTRAT

Le contrat **S@nténior Plus** a pour objet de permettre à l'Adhérent de bénéficier, durant la période de validité de son adhésion, du remboursement de ses dépenses de santé suite à maladie, accident ou hospitalisation. Cette garantie peut être étendue aux membres de la famille de l'Adhérent.

Art.2 - NATURE DES GARANTIES DU CONTRAT

L'adhésion est viagère dès sa prise d'effet.

- ***Garanties «Contrat Solidaire» :***

L'accès au contrat et à ses garanties est acquis quel que soit l'état de santé de l'Adhérent, qui n'aura pas à répondre à un questionnaire de santé.

- ***Garanties «Contrat Responsable» :***

A l'exception de la formule SP.Hospi, les différentes formules de garantie santé du contrat S@nténior Plus respectent l'ensemble des dispositions du cahier des charges du contrat dit **« Responsable »**.
Par contrat **« Responsable »**, on entend un contrat d'assurance complémentaire santé qui répond à l'ensemble des conditions mentionnées à l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité Sociale et ses textes réglementaires d'application. A ce titre, en termes de garantie :
Interdiction de prise en charge
- Il ne peut pas prendre en charge la majoration du ticket modérateur de la Sécurité sociale en cas de non-respect du parcours de soins, prévue aux articles L. 162-5-3 et L. 161-36-2 du Code de la Sécurité Sociale ;
- Il ne peut pas prendre en charge la contribution forfaitaire et la franchise médicale prévues au II et III de l'article L. 322-2 du Code de la Sécurité Sociale ;
- Il doit laisser à la charge des assurés une part forfaitaire sur le dépassement d'honoraires des spécialistes consultés en dehors du parcours de soins, prévu au point 18 de l'article L. 162-5 du Code de la Sécurité Sociale ;

Règles de prise en charge
- Il doit prendre en charge le ticket modérateur pour tous les actes à l'exclusion :
  - des médicaments remboursés à hauteur de 35% ou 15% par l'Assurance maladie,
  - de l'homéopathie,
  - des cures thermales.
- Il doit prendre en charge l'intégralité du forfait journalier hospitalier sans limitation de durée, (sauf en établissements médico-sociaux),
- Il doit prévoir un encadrement des dépassements d'honoraires quand ils sont prévus dans le contrat,

Il doit prévoir un plafond et un plancher sur les frais d'optique.
En cas d'évolutions législatives et réglementaires effectuées dans ce cadre, les garanties du contrat seront mises en conformité, après information préalable des Adhérents.

Art.3 - QUI PEUT ADHÉRER AU CONTRAT ?

Pour adhérer au contrat, vous devez :
- Être membre de l'association souscriptrice du contrat
  (adhésion moyennant le paiement d'un droit unique d'adhésion),
- Être âgé de 55 ans ou plus
- Être assujetti à un Régime Obligatoire, en tant qu'assuré social ou ayant-droit,
- Respecter l'âge limite d'adhésion précisé dans l'article 4.

Dispositions spécifiques au contrat n° N°52040001 (Loi Madelin : Contrat réservé aux seuls Adhérents sous statut Travailleurs Non-Salariés (TNS) souhaitant bénéficier de la possibilité de déductibilité fiscale des cotisations de leur régime complémentaire santé) :
Pour adhérer à ce contrat vous devez relever du Régime Obligatoire d'assurance maladie des travailleurs non-salariés et vous engager à être à jour, pendant toute la durée de votre adhésion au contrat, de vos cotisations auprès des régimes obligatoires de base.

Art.4 - PERSONNES ASSURÉES ET ÂGE LIMITE D'ADHÉSION

L'Adhérent, et s'il est désigné sur le Certificat Personnel d'Adhésion, son conjoint. Les assurés doivent par ailleurs être affiliés auprès d'un Régime obligatoire en tant qu'assuré social ou ayant droit.

Age limite d'adhésion des formules Santé :
- pas de limite d'âge à l'adhésion sauf pour les formules SP.Hospi, SP3 ou SP4 où la limite d'âge d'adhésion est 80 ans révolus.

Pour la détermination de l'âge de l'assuré, nous prenons celui de l'assuré au 31 décembre de l'année d'adhésion.

Conditions d'adhésion des renforts :
- pour la formule SP.Hospi, les renforts ne peuvent pas être souscrits.
- pour la formule Essentiel 1, seuls les renforts Hospitalisation et Automédication peuvent être souscrits.
- il n'y a pas de limite d'âge de souscription des renforts pour les formules Essentiel 2, SP1 et SP2.
- pour les formules **SP3 et SP4**, l'âge limite de souscription des renforts est 80 ans.

Art.5 - EFFET, DURÉE ET RENOUVELLEMENT DE L'ADHESION

L'adhésion prend effet à la date mentionnée sur le Certificat **Personnel** d'Adhésion. Elle se renouvelle ensuite au 1er janvier de chaque année (échéance principale) sauf dénonciation par vous, nous, ou le souscripteur du contrat dans les conditions mentionnées à l'article 14 : « ART.14 – Résiliation ». Vous ne pourrez toutefois demander la résiliation que si votre adhésion a une durée effective minimum de 12 mois.

Art.6 - CONCLUSION, PRISE D'EFFET, DELAIS D'ATTENTE

L'adhésion est conclue par l'accord entre l'Adhérent et l'Assureur. La date de conclusion est indiquée au Certificat Personnel d'Adhésion.
En cas de vente à distance, l'adhésion peut être exécutée immédiatement et intégralement à compter de sa conclusion à la demande expresse de l'Adhérent.
La garantie prend effet à compter de la date d'effet mentionnée sur le Certificat Personnel d'Adhésion à l'égard de chaque personne assurée.
Aucun délai d'attente sur l'ensemble des garanties Santé à l'exception de la formule SP.Hospi pour laquelle le délai est de 1 mois (un mois). Ce délai peut être abrogé en cas de reprise à la concurrence sur présentation d'un certificat de radiation si les garanties sont équivalentes.

Art.7 - TERRITORIALITÉ

La garantie du contrat s'exerce en France Métropolitaine. Elle s'étend aux accidents, maladies et hospitalisations survenus à l'étranger lorsque le régime de base de l'assuré s'applique et que les séjours en dehors du territoire français et monégasque ne dépassent pas trois mois par an en une ou plusieurs périodes.

ART.8 - LES EXCLUSIONS ET LES LIMITATIONS

8.1 - Les exclusions générales

Ne donnent pas lieu à indemnisation les frais et/ou hospitalisation engendrés par des soins commencés ou prescrits avant l'adhésion, ainsi que les accidents ou maladies et leurs suites qui en résultent :
- **de la pratique par l'assuré de tout sport à titre professionnel ou de sa participation à des paris ou tentatives de record,**
- **de l'ivresse, de l'éthylisme ou de la toxicomanie de l'assuré,**
- **d'un acte intentionnel de la part de l'assuré ou de sa tentative de suicide consciente ou inconsciente,**
- **de la guerre étrangère ou guerre civile, de la participation de l'assuré à des opérations militaires, à des altercations ou des rixes (sauf cas de légitime défense),**
- **des effets directs ou indirects d'origine nucléaire ou causés par toute source de rayonnements ionisants (sauf s'il s'agit d'un dysfonctionnement ou d'une erreur de manipulation d'un instrument au cours d'un traitement auquel l'assuré est soumis à la suite d'un événement garanti).**

8.2 - Les exclusions relatives à la nature de l'établissement ou du service

Nous ne garantissons pas l'indemnisation relative aux frais engagés et / ou hospitalisation pour le séjour dans les établissements ou services suivants :
- **hélio-marins ou de thalassothérapie,**
- **les hospitalisations et séjours en établissement, centre ou service dit de long et moyen séjour,**
- **de gériatrie, de retraite ainsi que les séjours dans les hospices ou les centres hospitaliers pour personnes âgées dépendantes.**

8.3 - Les exclusions relatives aux hospitalisations et traitements suivants :

Nous ne garantissons pas :
- **les frais de traitement et d'intervention chirurgicale à caractère esthétique non consécutifs à un accident ;**
- **le caractère esthétique est établi par le Médecin Conseil de CEGEMA indépendamment de tout accord ou refus de prise en charge du Régime Obligatoire de l'assuré,**
- **tous frais non consécutifs à un accident, facturés par un praticien spécialisé en chirurgie plastique,**
- **les cures de sommeil, séjours, hospitalisations d'amaigrissement, de rajeunissement, de désintoxication, ainsi que leurs suites.**

8.4 - Limitations
- **Pour les séjours de rééducation, convalescence, réadaptation fonctionnelle, la chambre particulière pour la formule choisie est limitée à 30 jours par an et par assuré.**
- **Pour les séjours de psychiatrie ou neuropsychiatrie, diététique, gériatrie, la chambre particulière n'est pas prise en charge.**
- **Pour les consultations de psychiatrie et neuro-psychiatrie : la prise en charge de ces consultations à hauteur des garanties précisées dans le tableau des garanties pour la formule de garantie retenue est limitée à 6 par an et par assuré. Au-delà et dans le respect du parcours de soins coordonné uniquement, la prise en charge de ces consultations se limitera au ticket modérateur.**
- **Toutefois en cas de survenance d'un des événements mentionnés ci-dessus la garantie prendra en charge le remboursement des frais prévus à l'article R871-2 du Code de la Sécurité sociale à hauteur des limites minimales qui y sont précisées.**

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

ART.9 - VOS DECLARATIONS

9.1 - A l'adhésion

Pour souscrire l'une ou l'autre des formules de garantie proposées dans le cadre du contrat **S@nténior Plus**, vous devez répondre, sous forme de déclaration, à une demande d'information concernant la situation personnelle des personnes à assurer. Ces déclarations seront reprises sur votre Certificat Personnel d'Adhésion et servent de base à l'établissement de votre adhésion. Elles nous permettent d'évaluer en toute connaissance de cause, notre engagement d'assurance, et de percevoir la cotisation adaptée.

9.2 - En cours d'adhésion

Vous devrez nous déclarer au plus tard dans les 15 jours :
- **toute modification des éléments spécifiés au Certificat Personnel d'Adhésion,**
- **les changements ou cessation d'affiliation d'un des assurés à un Régime Obligatoire,**
- **les changements de domicile ou la fixation du domicile en dehors de la France Métropolitaine.**

Pour tout nouvel assuré à prendre en compte dans le cadre de votre adhésion, procéder aux déclarations prévues. Les conditions d'accès à l'assurance sont les mêmes que celles définies pour l'Adhérent et les éventuels assurés lors de l'adhésion.
Toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle, toute omission ou déclaration inexacte, faite lors de l'adhésion ou en cours d'adhésion, entraîne l'application suivant les cas, des articles L.113- 8 (nullité de l'adhésion) et L.113-9 (réduction des indemnités) du Code des Assurances.

9.3 - Les autres documents à nous transmettre

Pour vous apporter la qualité de service attendue concernant la gestion de votre adhésion et notamment celles relatives au remboursement des frais de santé et au paiement de vos cotisations, certaines informations complémentaires ou documents vous seront également demandés.

9.4 - Validité de vos déclarations

Vos déclarations et communications servent de base à l'application de votre adhésion et de la garantie, et n'ont d'effet que si elles sont parvenues à CEGEMA par écrit, ou à défaut, confirmées par lui-même dans un document écrit lorsque vous l'aurez informé par un autre moyen. L'emploi de documents ou la production de renseignements inexacts ayant pour but ou pour effet d'induire CEGEMA en erreur sur les causes, circonstances, conséquences ou montant d'un sinistre entraîne la perte de tous droits à l'assurance.

Art.10 - VOS COTISATIONS

10.1 - La base de calcul et le montant de vos cotisations

En début d'adhésion : le montant de votre cotisation est mentionné sur le **Certificat Personnel d'Adhésion**. Il est déterminé en fonction de la formule de garantie choisie, de l'âge des assurés et des modalités de prise en charge et bases de remboursement en vigueur du (ou des) Régime(s) obligatoire(s) dont ils relèvent lors de la prise d'effet des garanties et du domicile de l'Adhérent.

En cours d'adhésion :
- en cours d'adhésion les cotisations évoluent lors de chaque renouvellement annuel de 2 % par an jusqu'à l'âge de 60 ans, de 3 % de 61 ans à 75 ans, de 3,5% de 76 à 80 ans et de 4% au-delà de 80 ans.
- en cas d'ajout d'un nouvel assuré la cotisation en vigueur est augmentée du montant de la cotisation respective lors de la prise d'effet de sa garantie. Le montant de la cotisation sera mentionné sur le nouveau Certificat Personnel d'Adhésion ou sur l'avenant correspondant.
- votre cotisation peut évoluer en cas de changement du Régime Obligatoire d'un des assurés.
- votre cotisation peut évoluer en cas de changement de domicile de l'Adhérent dès qu'il y a changement de zone géographique tarifaire.

Pour la détermination du montant de la cotisation en fonction de l'âge, nous prenons en compte l'âge de l'assuré au 31 décembre de l'année en cours.

10.2 - La variation de vos cotisations
- Lors de chaque échéance principale votre cotisation, en dehors de la variation prévue en fonction de l'âge des assurés, évoquée ci-dessus :
- évoluera en fonction du taux d'accroissement des dépenses de santé publié par la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des travailleurs salariés.
- pourra également varier en fonction de l'évolution de la consommation constatée sur l'ensemble des adhésions respectives du contrat.
- pourra évoluer immédiatement et automatiquement ou alors à l'échéance principale en cas de modification des conditions de remboursements et / ou des remboursements pris en charge par votre Régime Obligatoire et/ou en cas d'évolution des impôts et taxes établis sur votre cotisation postérieurement à votre adhésion.

10.3 - Le paiement de vos cotisations

Votre cotisation est annuelle et payable d'avance à CEGEMA. Les modalités convenues pour le paiement de la cotisation (périodicité et mode de règlement) sont mentionnées sur le Certificat Personnel d'Adhésion.

10.4 - Le non-paiement de vos cotisations
- A défaut de paiement de votre cotisation ou d'une fraction de celle-ci dans les 10 jours suivants son échéance, nous pourrons, indépendamment de notre droit de poursuivre l'exécution de votre adhésion en justice, vous adresser à votre dernier domicile connu une lettre recommandée valant mise en demeure. Vos garanties pourront être suspendues à l'issue d'un délai de 30 jours après l'envoi de cette lettre, et votre adhésion résiliée 10 jours après l'expiration du délai précité de 30 jours.
- **Les coûts d'établissement et d'envoi de lettre de mise en demeure sont à votre charge ainsi que les frais de poursuite et de recouvrement dont la récupération est autorisée par la loi (art. L.113-3 du code des assurances).**

Art.11 - LA MODIFICATION DE VOS GARANTIES

L'Adhérent peut modifier ses garanties à chaque échéance annuelle sous réserve d'en effectuer la demande au moins deux mois avant cette date et sous réserve d'acceptation de l'assureur.

Art.12 - MODIFICATION DU CONTRAT

L'Association et l'Assureur peuvent d'un commun accord réviser le présent contrat. Toute modification des droits et obligations des Adhérents sera portée par écrit à la connaissance de l'ensemble des Adhérents au présent contrat, selon les dispositions de l'article L.141- 4 du Code des assurances.
L'Adhérent peut résilier son adhésion en raison de ces modifications sans préavis dans un délai de 30 jours suivant la date de la modification. Le paiement de la nouvelle cotisation vaut acceptation des conditions modifiées.

Art13 - QUELLES SONT VOS GARANTIES ?

Votre Garantie Santé
- Notre participation en tant qu'Assureur, telle que prévue au sens du présent contrat, intervient sur les dépenses de santé engagées par l'assuré, pour des actes, produits, et matériels médicaux ou chirurgicaux prescrits entre les dates de début et de fin de sa garantie, pour autant que ceux-ci soient expressément mentionnés sur le tableau des garanties annexé au Certificat Personnel d'Adhésion pour la formule de garantie retenue, dans la limite des montants qui sont indiqués. Toutefois nous prendrons en charge le ticket modérateur pour tous les actes pris en charge par le Régime Obligatoire.
- Les actes, produits, et matériels médicaux ou chirurgicaux non mentionnés dans le tableau des garanties pour la formule de garantie choisie ne peuvent donner lieu à participation de notre part.
- La date prise en compte pour la prise en charge des dépenses de santé garanties est celle qui correspond :
- à la date des soins figurant sur le bordereau de remboursement du Régime Obligatoire (ou dans le fichier informatique communiqué par celui-ci) ;
- aux dates de prescription, de proposition, d'exécution et de délivrance pour les frais et actes non pris en charge par le Régime Obligatoire.

En tout état de cause, les dates de proposition, d'exécution et de délivrance doivent se situer dans la période de garantie.

DEMANDE DE MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA

Titulaire du compte à débiter

Nom, Prénom : .....
Adresse : .....
Code postal : ..... Ville : .....

Compte à débiter

Numéro d'identification internationale du compte bancaire - IBAN
I B A N

Code international d'identification de la banque - BIC

Nom du créancier

CEGEMA
Adresse
BP 189 - 06272 Villeneuve-Loubet Cedex
ISC
FR30ZZZ390186

En signant ce formulaire de mandat :
- vous autorisez CEGEMA à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte,
- vous autorisez votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de CEGEMA.

Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé.

Type de paiement : Paiement récurrent/répétitif ☒

SIGNATURE DU TITULAIRE DU COMPTE

A ..... Le : .....
SIGNATURE :

Note : Vos droits concernant la présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.