

PREPAR'SÉRÉNITÉ - GARANTIE SANTÉ

NOTICE VALANT CONDITIONS GÉNÉRALES

PRÉAMBULE

La présente Notice valant conditions générales a pour objet de décrire les garanties et prestations accordées au titre de la convention d'assurance de groupe à adhésion facultative PREPAR'SÉRÉNITÉ - **Garantie Santé 2/004 souscrite par l'Association pour la Prévoyance et l'Épargne (APE)** auprès de PREPAR-IARD.

L'Organisme assureur de cette convention est PREPAR-IARD, entreprise régie par le Code des Assurances, Société Anonyme au capital de 800 000 euros dont le siège social est Immeuble Le Village 1, Quartier Valmy, 33 Place Ronde, CS 20243 - 92981 Paris La Défense cedex, 343 158 036 RCS Nanterre. L'entreprise est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), 4 place de Budapest, CS 92459, 75436 Paris cedex 09.

PREPAR-IARD est également désignée par le terme « Organisme assureur » dans la présente Notice.

L'APE est une association loi 1901, sise 18 Quai de la Rapée, 75012 PARIS, dont l'objet social est d'étudier, de souscrire et de promouvoir au profit de ses adhérents, clients de la BRED Banque Populaire, tout type d'assurance autorisée par la loi, sous la forme d'assurance collective et 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.

L'organisme gestionnaire de cette Convention est, par délégation de l'Organisme assureur, **April Santé Prévoyance (ASP) sous sa marque AGLAE Gestion** - SASU au capital social de 540 640 € dont le siège social est situé 69439 Lyon cedex 03 - RCS Lyon 428 702 419 - Intermédiaire en assurances enregistré à l'ORIAS sous le numéro 07 002 609 et soumis au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution, 4 place de Budapest, CS 92459, 75436 Paris cedex 09.

ASP est également désignée par le terme « **AGLAE Gestion** » dans la présente Notice.

L'adhérent est la personne physique qui adhère à la Convention PREPAR'SÉRÉNITÉ - Garantie Santé. Il est également désigné par le terme « **vous** » dans la présente Notice. L'adhésion est constituée par la demande d'adhésion, la présente Notice et le **Certificat d'adhésion** qui mentionne l'Organisme assureur. Elle est soumise à la législation française et notamment au Code des Assurances. La langue utilisée au cours du contrat sera la langue française. Le terme « **assuré** » désigne l'ensemble des personnes qui bénéficient des garanties de la Convention PREPAR'SÉRÉNITÉ - Garantie Santé, c'est-à-dire « vous » et les « membres de votre famille » répondant aux conditions pour être assuré. Les assurés sont inscrits au **Certificat d'adhésion**.

PREPAR'SÉRÉNITÉ - Garantie Santé est un contrat de type « responsable » c'est-à-dire qu'il s'inscrit dans le cadre du dispositif législatif relatif aux conventions d'assurance complémentaire santé bénéficiant d'une aide, conformément à l'article 57 de la loi n°2004-810 du 13 août 2004 et de ses décrets d'application.

En conséquence, vos garanties et niveaux de remboursement seront automatiquement adaptés en fonction des évolutions législatives et réglementaires régissant les « contrats responsables ».

Pour vous faciliter la compréhension, chaque terme ou expression écrit(e) en gras et en italique est défini(e) au Lexique.

1. QUI PEUT ADHÉRER ET ÊTRE ASSURÉ ?

Pour adhérer et être assuré au titre de cette Convention, vous devez :

- exercer une activité professionnelle non salariée non agricole ou avoir la qualité de conjoint collaborateur non agricole ;
- être capable juridiquement ;
- résider en France Métropolitaine ou dans un Département et Région d'Outre-Mer (DROM) ou dans l'une des **Collectivités d'Outre-Mer (COM) suivantes** : Saint-Barthélemy, ou Saint Martin ;
- relever d'un **Régime obligatoire** d'assurance maladie français.

Peuvent également être assurés au titre de cette Convention, votre

Conjoint et vos **Enfants**, ayant droit aux prestations en nature d'un régime d'assurance maladie obligatoire français. Ils sont alors inscrits au **Certificat d'adhésion**.

Si vous souhaitez bénéficier du régime fiscal prévu par la loi N° 94-126 du 11/02/1994 dite « Loi Madelin » vous devez également obligatoirement :

- exercer une activité professionnelle non salariée et non agricole et relever du régime fiscal de l'impôt sur le revenu au titre des Bénéfices Industriels et Commerciaux ou des Bénéfices Non Commerciaux ou des traitements et salaires en application des dispositions de l'article 62 du Code Général des Impôts ;
- être affilié à un **Régime obligatoire** d'assurance maladie français ;
- être à jour du paiement de vos cotisations au titre des **Régimes obligatoires** d'assurance maladie et d'assurance vieillesse auxquels vous êtes affilié.

2. QUE GARANTIT LA CONVENTION PREPAR'SÉRÉNITÉ - GARANTIE SANTÉ ?

La Convention PREPAR'SÉRÉNITÉ – Garantie Santé prend en charge, en fonction de la formule et du niveau de garantie que vous avez souscrit, le remboursement :

- des frais médicaux et chirurgicaux restant à votre charge après remboursement de la **Sécurité Sociale** ;
- des dépenses de soins médicalement prescrites à caractère thérapeutique non prises en charge par la **Sécurité Sociale** mais relevant des garanties de la Convention ;
- des dépenses de soins prises en charge dans le cadre de forfaits spécifiques prévus dans votre tableau de garanties.

Les dépenses et frais indiqués ci-dessus doivent correspondre à des actes réalisés durant la période de validité des garanties de votre adhésion à la Convention.

Si les remboursements de la Sécurité Sociale venaient à être modifiés en cours d'année, l'Organisme assureur pourrait conserver la **Base de remboursement** qui était la sienne en valeur absolue avant cette modification.

3. VOS GARANTIES

3.1 Dispositions générales

Pour chaque garantie, le montant de vos remboursements est défini au sein de votre tableau des garanties en fonction de la formule et du niveau que vous avez souscrit et de la nature de vos dépenses médicales.

Les montants de remboursement sont exprimés :

- en pourcentage du tarif en vigueur fixé par la **Sécurité Sociale (Base de remboursement)** ;
- ou sous la forme d'un forfait. Ces forfaits sont valables par **Année d'adhésion** (hors garantie Optique équipement complet) et par assuré et ne sont pas cumulables d'une année sur l'autre ;
- s'il est prévu au tableau des garanties, dans la limite d'un plafond valable par **Année d'adhésion** et par assuré.

LES REMBOURSEMENTS SONT TOUJOURS EFFECTUÉS DÉDUCTION FAITE DU REMBOURSEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE OU DE TOUT AUTRE ORGANISME D'ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ AUPRÈS DUQUEL VOUS POURRIEZ ÊTRE ASSURÉ ET DANS LA LIMITE DE VOS GARANTIES.

DANS TOUS LES CAS VOS REMBOURSEMENTS SONT LIMITÉS AU MONTANT DE VOTRE DÉPENSE RÉELLE.

Conformément aux dispositions de l'article 9 de la loi n° 89-1009 du 31/12/1989, 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'indemnisation en s'adressant à l'Organisme assureur de son choix.

3.2 Contenu des garanties

Vous trouverez ci-après les modalités d'application de l'ensemble des garanties proposées dans le cadre de la Convention PREPAR'SÉRÉNITÉ - Garantie Santé. Il convient donc pour chaque garantie mentionnée dans votre tableau des garanties de vous reporter au paragraphe concerné.

Attention : PREPAR'SÉRÉNITÉ - Garantie Santé propose deux formules de garanties (formule garanties complètes et formule garanties essentielles). Si une des garanties mentionnées ci-dessous n'apparaît pas dans votre tableau de garantie, c'est que vous n'en bénéficiez pas.

Modification des niveaux de garanties : tout changement de niveau de garanties, ainsi que tout ajout ou suppression de renforts de garanties est soumis à étude et acceptation préalable de la part d'AGLAE Gestion.

3.2.1 En cas d'Hospitalisation en secteur CONVENTIONNÉ

3.2.1.1 Hospitalisation en médecine, chirurgie et maternité

Forfait journalier hospitalier

Cette garantie rembourse le forfait hospitalier facturé par les établissements hospitaliers pour couvrir les frais d'hébergement et d'entretien entraînés par une **Hospitalisation**. Le montant de ce forfait est réglementé et facturé pour tout séjour supérieur à 24 heures dans un établissement public ou privé, y compris le jour de sortie.

Honoraires médicaux et chirurgicaux

Est pris en charge au titre de cette garantie le remboursement des frais médicaux relatifs à une **Hospitalisation** ou à une intervention chirurgicale tels qu'exprimés au sein du tableau des garanties. Le niveau de garantie varie selon que le médecin est adhérent ou non adhérent au **Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée (DPTAM)**, prévu par la Convention nationale médicale (avenant N°8).

Les frais de séjour

En cas d'**Hospitalisation** dans un établissement conventionné, cette garantie rembourse l'ensemble des frais de séjour restant à votre charge après un remboursement partiel de la **Sécurité Sociale**.

La participation forfaitaire

Votre contrat prend en charge la participation forfaitaire que votre **Régime obligatoire** peut laisser à votre charge si vous bénéficiez d'actes dont le tarif est égal ou supérieur à un plafond fixé par la réglementation de la **Sécurité Sociale**.

Chambre particulière

Sont pris en charge au titre de cette garantie les frais de chambre particulière pour des séjours en médecine, chirurgie et maternité, dans la limite du montant exprimé par jour dans votre tableau des garanties.

Sont toujours exclus de cette garantie les frais de chambre particulière relatifs :

- à un séjour en maison de repos et assimilés (sauf si ces frais sont pris en charge dans le cadre de la garantie spécifique « chambre particulière en maison de repos et assimilés en secteur conventionné ») ;

- à une Hospitalisation psychiatrique.

Si vous avez souscrit la formule garanties essentielles, vous ne bénéficiez pas de cette garantie.

Frais d'accompagnant

En cas d'**Hospitalisation** d'un assuré, cette garantie prévoit le versement d'un montant exprimé par jour prenant en charge le cas échéant les frais de repas et de lit de l'accompagnant ayant également la qualité d'assuré.

Si vous avez souscrit la formule garanties essentielles, vous ne bénéficiez pas de cette garantie

3.2.1.2 Séjour en maison de repos et assimilés

Sont pris en charge au titre de ces garanties les séjours et Hospitalisations

suivants, effectués au sein d'un établissement conventionné et pris en charge par la **Sécurité Sociale** :

- les séjours en établissements ou services climatiques, de rééducation, de réadaptation et de diététique, les cures thermales 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.

La prise en charge s'effectue sur la base de 100 % de la **Base de remboursement** de la **Sécurité Sociale**. Elle comprend le forfait journalier hospitalier.

Sont pris en charge, le forfait journalier hospitalier, les frais de séjour, les honoraires médicaux dans les conditions définies au 3.2.1.1 de la présente Notice.

3.2.1.3 Hospitalisation psychiatrique

Sont prises en charge au titre de cette garantie les **Hospitalisations** pour motif psychiatrique effectuées au sein d'un établissement conventionné et prises en charge par la **Sécurité Sociale**.

La prise en charge s'effectue sur la base de 100 % de la **Base de remboursement** de la **Sécurité Sociale**.

Elle comprend, le forfait journalier hospitalier, les frais de séjour, les honoraires médicaux dans les conditions définies au 3.2.1.1 de la présente Notice.

3.2.2 En cas d'Hospitalisation en secteur NON CONVENTIONNÉ

Sont prises en charge au titre de cette garantie, les **Hospitalisations** en médecine, chirurgie, **Hospitalisation à domicile** et maternité effectuées en secteur non conventionné.

Le forfait journalier hospitalier, les frais de séjour, les honoraires médicaux et chirurgicaux, ainsi que la chambre particulière définis au 3.2.1.1 sont pris en charge conformément à votre tableau des garanties.

Si vous avez souscrit la formule garanties essentielles, vous ne disposez pas de cette garantie.

3.2.3 Soins courants

Honoraires médicaux

Sont pris en charge au titre de cette garantie les honoraires pratiqués pour une consultation au cabinet du médecin ou pour une visite effectuée par ce dernier à votre domicile ou pour une consultation en milieu hospitalier, ayant donné lieu à un remboursement partiel par la **Sécurité Sociale** et les frais d'actes cliniques et techniques.

Le niveau de garantie varie selon que le médecin est adhérent ou non adhérent au **Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée (DPTAM)**, prévu par la Convention nationale médicale (avenant N°8).

Sont soumis à des conditions de remboursement spécifiques

- **les consultations, visites et actes techniques réalisés « hors parcours de soins coordonnés »** : la Convention ne prendra pas en charge la hausse du **Ticket Modérateur** (c'est-à-dire l'augmentation de la partie des frais non prise en charge par la **Sécurité Sociale**) et/ou les dépassements d'honoraires conformément aux dispositions relatives aux « contrats responsables » ;

Honoraires paramédicaux

Sont pris en charge au titre de cette garantie :

- les honoraires des auxiliaires médicaux : infirmiers, orthophonistes, orthoptistes, pédicures/podologues, kinésithérapeutes et sages-femmes.

Cette garantie est exprimée en pourcentage de la **Base de remboursement de la Sécurité Sociale**.

Ces frais doivent avoir fait l'objet d'un remboursement par la Sécurité Sociale.

Analyses et examens de laboratoire:

Sont pris en charge au titre de ces garanties:

- les frais d'analyses et examens de laboratoire, et de radiologie ;
- les frais consécutifs à des actes de prélèvement.

Ces garanties sont exprimées en pourcentage de la **Base de**

remboursement de la Sécurité sociale. Ces frais doivent avoir fait l'objet d'un remboursement par la Sécurité sociale.

Matériel médical

Cette garantie prend en charge les frais d'orthopédie, de petits et gros appareillages ayant donné lieu à un remboursement de la **Sécurité Sociale**.

Cette garantie est exprimée en pourcentage de la **Base de remboursement** de la **Sécurité Sociale**.

Transport

Sont pris en charge au titre de cette garantie les frais de transport prescrits par votre médecin et ayant donné lieu à un remboursement par la **Sécurité Sociale**.

Cette garantie est exprimée en pourcentage de la **Base de remboursement de la Sécurité Sociale**.

Médicaments

Garantie des frais de pharmacie pris en charge par la Sécurité Sociale

Cette garantie vous rembourse les frais de médicament restant à votre charge après remboursement de la **Sécurité Sociale**.

Si vous avez souscrit la formule garanties essentielles, seuls les frais de médicament (à service médical rendu majeur ou important) restant à votre charge après remboursement de la Sécurité Sociale sont remboursés.

Psychologues :

Sont pris en charge, au titre de cette garantie, les honoraires de consultation de psychologues conventionnés ayant donné lieu à un remboursement de la **Sécurité sociale**, dans le cadre du Dispositif « MonPsy ».

Cette garantie est exprimée en pourcentage de la **Base de remboursement de la Sécurité sociale**.

Garantie automédication

Sont pris en charge au titre de cette garantie une partie de vos frais de médicaments dits de médication officinale, c'est-à-dire délivrés en pharmacie sans ordonnance. Ces médicaments doivent faire partie de la liste ANSM (agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé) « des médicaments de médication officinale disponible en accès direct » pour les indications suivantes : douleur, troubles gastro-intestinaux ou addiction au tabac.

Les médicaments seront pris en charge à hauteur de 50 % du tarif appliqué par le pharmacien et dans la limite d'un plafond annuel mentionné au tableau des garanties.

Pour bénéficier de cette garantie, vous devrez nous transmettre votre demande de remboursement accompagnée des factures justificatives nominatives (désignation du médicament et du bénéficiaire du traitement).

Si vous avez souscrit la formule garanties essentielles, vous ne bénéficiez pas de cette garantie.

3.2.4 Dentaire

Soins et prothèses "100 % Santé"

Comprend la prise en charge par les contrats responsables des actes du panier sans reste à charge (du fait de la réforme du 100 % santé) défini par la convention nationale avec les chirurgiens-dentistes, **jusqu'à hauteur des plafonds tarifaires fixés par la convention pour chacun des actes du panier sans reste à charge.**

Soins

Sont pris en charge au titre de cette garantie :

- les honoraires payés pour la consultation d'un chirurgien-dentiste ;
- les frais de soins dentaires qui comprennent les soins dits « conservateurs » (détartrage, traitement d'une carie, dévitalisation, etc.) et les soins chirurgicaux (extraction, etc.).

Ces frais doivent avoir fait l'objet d'un remboursement par la Sécurité Sociale.

Prothèses

Sont pris en charge au titre de cette garantie les frais de prothèses dentaires et d'orthodontie qui ont fait l'objet d'un remboursement de **la Sécurité Sociale**.

Plafond annuel

Le montant pris en charge au titre de la garantie « Orthodontie et prothèses dentaires prises en charge par la **Sécurité Sociale** » peut être plafonné par **Année d'adhésion** et par assuré comme indiqué au sein du tableau des garanties.

Prothèses et orthodontie non remboursées par la Sécurité Sociale, implants et parodontologie

Sont pris en charge au titre de cette garantie :

- les frais de prothèses dentaires non remboursés par la **Sécurité Sociale** et ayant donné lieu à cotation ;
- l'orthodontie non remboursée par la **Sécurité Sociale** ;
- les actes hors nomenclature non remboursés par la **Sécurité Sociale** suivants : implants et parodontologie.

Cette garantie est plafonnée par **Année d'adhésion** et par assuré.

3.2.5 Optique

Équipements "100 % Santé"

Comprend la prise en charge par les contrats responsables des équipements relevant du panier sans reste à charge (verres et montures de classe A de la nouvelle nomenclature), **jusqu'aux tarifs limite de vente définis dans la classe A.**

Forfait optique

Sont pris en charge au titre de cette garantie et **dans la limite du montant prévu au tableau des garanties**, fonction du niveau de correction de l'assuré et de la complexité des verres (cf. Annexe Grille Optique), les frais liés :

- à l'achat des verres et montures remboursés par la **Sécurité Sociale** ;
- à l'achat de lentilles (acceptées ou refusées).

Cette garantie est exprimée par **Année d'adhésion** et par assuré (hors garantie équipement complet).

Forfait opération laser de la vision

Sont pris en charge au titre de cette garantie et **dans la limite du montant prévu au tableau des garanties**, les frais liés à une opération de la vision au laser.

Cette garantie est exprimée par **Année d'adhésion** et par assuré.

Si vous avez souscrit la formule garanties essentielles, vous ne bénéficiez pas de cette garantie.

3.2.6 Aides auditives

Sont prises en charge au titre de cette garantie les aides auditives conformément au tableau de garanties.

Équipements "100 % Santé"

Comprend la prise en charge par les contrats responsables des aides auditives de la "classe I" de la nomenclature, **jusqu'au tarif limite de vente en vigueur dans cette classe.**

3.2.7 Prestations non prises en charge par la Sécurité Sociale :

Sont prises en charge au titre de cette garantie **les dépenses de soins non prises en charge par la Sécurité Sociale** suivantes

- actes ou consultation de médecine naturelle : ostéopathie, chiropractie, acupuncture, microkinésithérapie, diététicien, homéopathie ;
- à la réalisation de vaccins médicalement prescrits ;
- à l'achat de médicaments homéopathiques médicalement prescrits.

Ces dépenses de soins sont remboursées dans la limite du montant prévu au tableau des garanties exprimé par Année d'adhésion et par assuré.

Si vous avez souscrit la formule garanties essentielles, vous ne bénéficiez pas de cette garantie.

3.2.8 Autres garanties

Forfait cure thermale

Sont pris en charge au titre de cette garantie, dans la limite du montant prévu au tableau des garanties les frais de cure thermale remboursée par la **Sécurité Sociale**.

Il exclut le remboursement de tous autres frais tels que les frais de transport ou les soins annexes à la cure thermale.

Si vous avez souscrit la formule garanties essentielles, vous ne bénéficiez pas de cette garantie.

Dépenses médicales effectuées à l'étranger

Sont pris en charge au titre de cette garantie, vos frais médicaux chirurgicaux et/ou d'**Hospitalisation** lors d'un séjour temporaire dans le monde entier **dès lors que ces frais donnent lieu à une prise en charge par la Sécurité Sociale française.**

Les remboursements sont effectués en France et en euros.

Les prestations de prévention

Sont prises en charge, en complément de la **Sécurité Sociale**, 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.

3.3 Le service tiers payant santé

Ce service vous permet de ne pas régler les frais de soins pris en charge par la **Sécurité Sociale** et vos garanties auprès des professionnels de santé acceptant le tiers payant. Cette dispense de paiement est limitée au montant de la **Base de remboursement** ou pour les garanties optique au montant du forfait prévu au tableau des garanties.

Pour bénéficier de ce service, vous devez présenter au professionnel de santé votre carte tiers payant santé.

4. QUE FAUT-IL FAIRE POUR OBTENIR VOS REMBOURSEMENTS ?

4.1 Les documents à nous adresser

Si vous bénéficiez de la télétransmission des informations entre la **Sécurité Sociale** et AGLAE Gestion, vos remboursements s'effectueront automatiquement.

Dans les autres cas, ou si vous n'utilisez pas le système de télétransmission lors de votre dépense de santé, vous devrez nous adresser dans les trois (3) mois qui suivent l'indemnisation par la **Sécurité Sociale** :

- les originaux des décomptes délivrés par la **Sécurité Sociale** ;
- y compris lorsque la **Sécurité Sociale** n'intervient pas : les notes ou factures acquittées détaillant le nom de l'assuré concerné et les actes ou prestations réalisés pour lesquels un remboursement est prévu au sein de votre tableau des garanties ;
- les décomptes établis le cas échéant par tout autre organisme d'assurance complémentaire santé.

4.2 Les modalités de remboursement

Le règlement des prestations doit intervenir par crédit d'un compte bancaire ouvert au nom de l'adhérent dans un Etat membre de l'Union européenne ou partie à l'Espace Economique Européen. Les règlements sont obligatoirement libellés en euros à l'ordre de l'adhérent.

Nous pouvons demander à l'assuré ayant perçu des remboursements, tout renseignement ou document que nous jugerons utile pour l'appréciation du droit aux prestations. Si ces renseignements ou documents ont un caractère médical, l'assuré pourra les adresser sous pli confidentiel au Médecin Conseil d'AGLAE Gestion.

En cas de sinistre provoqué par un tiers responsable, l'**Organisme assureur** est subrogé dans vos droits. Cela signifie que si les frais de santé remboursés sont la conséquence d'un accident causé par un tiers, nous pouvons agir contre ce dernier pour récupérer les sommes qui vous ont été versées.

4.3 Le contrôle médical

AGLAE GESTION se réserve le droit de faire expertiser l'Assuré à tout moment, soit en France, soit dans le pays du lieu de l'Accident ou de la Maladie par un médecin de son choix dûment agréé, habilité et inscrit pour exercer la médecine dans le pays considéré.

Pour cela, sous peine de déchéance de garantie, ledit médecin

désigné par AGLAE GESTION doit avoir libre accès auprès de l'Assuré afin de pouvoir constater son état.

Le médecin expert missionné par AGLAE GESTION sera un médecin indépendant spécialisé dans l'instruction des expertises médicales et l'Assuré aura la possibilité de se faire accompagner lors de cet examen par un médecin de son choix dûment agréé, habilité et inscrit pour exercer la médecine dans le pays considéré. Dans ce cas, les frais et honoraires du médecin de l'Assuré resteront à sa charge.

Les conclusions de l'expertise peuvent amener à la cessation du versement des prestations et, le cas échéant, au remboursement des prestations déjà versées.

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 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.

Attention :

Toute omission, réticence, fausse déclaration établie par AGLAE GESTION dans les informations qui seront fournies expose l'Assuré à une déchéance de garanties et à la résiliation de l'adhésion sauf s'il ressort des éléments du dossier que celle-ci ne revêt aucun caractère intentionnel.

5. CE QUE LA CONVENTION NE PREND PAS EN CHARGE

Ne sont pas garantis :

- 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 si prise en charge dans le cadre de la garantie cure thermale), la thalassothérapie ;
- les Hospitalisations en cours à la date d'effet des garanties, quel que soit le type d'établissement.

En outre, votre Convention ayant la qualité de « Convention responsable », elle ne prendra jamais en charge

- la participation forfaitaire légale et les franchises médicales qui restent à la charge des assurés sociaux ;
- la diminution du remboursement de la Sécurité Sociale et les dépassements d'honoraires consécutifs au non respect du parcours de soins coordonné.

Aucune exclusion mentionnée au sein de la présente Notice ne saurait s'appliquer aux obligations de prises en charge prévues à l'article R.871-2 du Code de la Sécurité Sociale.

6. À PARTIR DE QUAND ET POUR COMBIEN DE TEMPS ÊTES-VOUS GARANTI ?

6.1 Modalités d'adhésion et de prise d'effet de l'adhésion

Si vous adhérez à la Convention en signant la demande d'adhésion

papier, votre adhésion à la Convention sera conclue à la date de signature mentionnée sur le document. Par la signature, vous manifestez votre accord sur les conditions de votre contrat dont vous avez au préalable pris connaissance et vous vous engagez également sur l'exactitude de l'ensemble de vos déclarations.

Si vous adhérez à la Convention à distance par téléphone, votre adhésion sera conclue dès lors que vous aurez manifesté, lors de l'entretien téléphonique, votre volonté d'adhérer aux conditions proposées. Un dossier d'adhésion, contenant notamment le **certificat d'adhésion** et la Notice, vous sera ensuite envoyé par courrier dans les jours qui suivent votre adhésion par téléphone. L'enregistrement, préalablement autorisé par l'adhérent, de l'entretien téléphonique au cours duquel il a demandé à adhérer à la Convention, sera conservé par AGLAE Gestion et pourra être utilisé comme preuve de l'accord de l'adhérent sur les conditions du contrat et du contenu de l'ensemble de ses déclarations. Si vous adhérez à la Convention à distance par internet sur le site d'AGLAE Gestion, en signant électroniquement la demande d'adhésion, vous manifestez votre accord sur les conditions de votre adhésion dont vous avez au préalable pris connaissance et vous vous engagez sur l'exactitude de l'ensemble de vos déclarations. Une fois votre adhésion finalisée, vous recevrez un mail de confirmation à l'adresse électronique que vous nous aurez communiquée, attestant de l'enregistrement de votre adhésion par AGLAE Gestion. Votre adhésion est réputée conclue à la date d'envoi dudit mail de confirmation. Ce mail contiendra un lien vous permettant d'accéder à nouveau à l'ensemble de vos documents contractuels.

Les documents signés sont archivés par AGLAE Gestion chez un tiers certifié et serviront de preuve en cas de différend sur l'application des conditions du contrat.

Votre adhésion à la Convention est soumise à l'acceptation préalable d'AGLAE Gestion. Votre adhésion sera matérialisée par l'émission d'un **Certificat d'adhésion**.

6.2 Prise d'effet de vos garanties

Vos garanties prennent effet à la date indiquée sur votre **Certificat d'adhésion sous réserve du paiement de votre cotisation**. Cette date ne peut jamais être antérieure à la date de réception de votre demande d'adhésion par AGLAE Gestion, ou à la date de l'entretien téléphonique ou à la date de confirmation de votre adhésion en ligne le cas échéant.

En cas d'ajout d'un assuré par l'adhérent, la date de prise d'effet des garanties du nouvel assuré est inscrite au **Certificat d'adhésion**. Vous bénéficiez d'un délai de renonciation dans les cas suivants :

Si vous avez adhéré à la Convention suite à un démarchage à domicile

Les dispositions suivantes issues de l'article L.112-9 I du Code des Assurances s'appliquent :

« 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. [...] Dès lors qu'il a connaissance d'un sinistre mettant en jeu la garantie du contrat, le souscripteur ne peut plus exercer ce droit de renonciation. »

Si vous avez adhéré à la Convention à distance :

vous disposez de 14 jours calendaires pour exercer votre droit de renonciation à compter du jour où vous êtes informé de la conclusion du contrat. Cette renonciation peut être exercée via le bordereau de renonciation figurant sur les conditions particulières ou le bulletin d'adhésion.

Dans ces deux cas, pour exercer votre droit à renonciation :

vous devez nous adresser la lettre de renonciation en recommandé avec accusé de réception ou envoi recommandé électronique à l'adresse suivante : AGLAE Gestion - 69439 LYON cedex 03, ou par mail : gestion@aglaegestion.fr

Vous pouvez utiliser le modèle de lettre ci-après :

« Je soussigné(e) M
(nom, prénom, adresse) déclare renoncer à mon adhésion
à la Convention PREPAR'SÉRÉNITÉ-Garantie Santé que
j'avais souscrite le par l'intermédiaire de
l'agence
Fait à.....le.....signature.....».

Les garanties cessent à la date de réception de la lettre de renonciation et nous vous rembourserons les cotisations déjà versées à l'exception de celles correspondant à la période de garantie déjà écoulée.

Si des prestations vous ont déjà été versées au titre de votre adhésion à la Convention, vous ne pouvez plus exercer votre droit à renonciation.

6.3 Durée de votre adhésion

Votre adhésion à la Convention se renouvelle par tacite reconduction pour une année, à son échéance soit au 31 décembre de chaque année.

Votre adhésion est viagère, c'est-à-dire que l'**Organisme assureur** ne pourra résilier votre adhésion sauf dans les cas mentionnés au paragraphe « Cessation de votre adhésion ».

6.4 Cessation de votre adhésion

Les garanties et le droit aux prestations cessent dès la résiliation de votre adhésion dans les cas suivants :

A votre initiative :

Dans les conditions prévues à l'article L.113-14 du Code des assurances et notamment par lettre ou tout autre support durable, par notification à AGLAE Gestion au plus tard deux (2) mois avant la date d'échéance annuelle de votre adhésion, telle que mentionnée au paragraphe « Durée de votre adhésion ». Au-delà de la première année d'adhésion, la résiliation peut intervenir à tout moment. La résiliation prendra effet un mois après qu'AGLAE Gestion (ou l'Assureur) en a reçu la notification. Vous pouvez contacter AGLAE Gestion à partir de votre espace assuré dont l'adresse figure sur votre carte de tiers payant.

A l'initiative de l'Organisme assureur :

- en cas de non-paiement de vos cotisations selon les modalités prévues au paragraphe « Votre cotisation » ;
 - en cas de dénonciation de la Convention par l'APE ou l'**Organisme assureur** à l'échéance ou en cas de cessation d'activité de cette dernière. Vous en serez informé par l'APE et l'**Organisme assureur** vous maintiendra le bénéfice de vos garanties ;
 - en cas de fausse déclaration conformément à l'article 8 des présentes.
- De même, chaque assuré cesse d'être garanti dès lors qu'il ne remplit plus les conditions pour être assuré au titre de la Convention telles que prévues à l'article 1 des présentes.

7. VOTRE COTISATION

7.1 Comment est déterminée votre cotisation ?

Votre cotisation est déterminée en tenant compte des critères suivants :

- de l'âge de chaque assuré à la date de prise d'effet des garanties ;
- des garanties et renforts que vous avez souscrits ;
- de la composition de la famille assurée ;
- du **Régime obligatoire** de chaque assuré ;
- du département de **Résidence** de l'adhérent.

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.

Comment est déterminé l'âge de chaque assuré ?

L'âge de l'assuré est toujours déterminé par différence de millésimes entre l'année en cours et l'année de naissance.

En cas de modification du niveau de garantie ou de changement de **Régime obligatoire** d'un assuré, il sera tenu compte pour le calcul de

la cotisation, de l'âge des assurés à la date de prise d'effet de ladite modification.

7.2 Comment évolue votre cotisation ?

Votre cotisation évolue contractuellement de :

- 2 % chaque année, jusqu'aux 65 ans de l'assuré ;
- et de 3 % chaque année, au-delà de cet âge.

A ces taux, peut s'ajouter l'augmentation due à l'évolution de la consommation médicale du groupe assuré. La composition du groupe tient compte de l'**Année d'adhésion**, de l'âge de chaque assuré, de la zone géographique de la **Résidence**, de la composition de la famille assurée, du **Régime obligatoire** et des garanties souscrites.

Votre cotisation pourra évoluer si les montants pris en charge par les conventions d'assurance complémentaire santé venaient à être augmentés suite à l'évolution de la réglementation de la **Sécurité Sociale**.

Les augmentations de cotisations ont lieu chaque année au 1^{er} janvier ou en cours d'année en cas de modification de la réglementation applicable.

7.3 Les modes de paiement :

La cotisation est payable d'avance annuellement, par prélèvement ou chèque tiré sur un compte ouvert dans un établissement bancaire situé en France.

Elle peut faire l'objet d'un fractionnement selon le mode de paiement que vous avez choisi :

- semestriel ;
- trimestriel (par prélèvement automatique seulement) ;
- mensuel (par prélèvement automatique seulement).

7.4 Que se passe-t-il si vous ne payez pas votre cotisation ?

A défaut du paiement d'une cotisation dans les 10 jours de son échéance, nous vous adresserons une lettre recommandée de mise en demeure. Celle-ci entraînera la suspension des garanties trente (30) jours plus tard.

Après un nouveau délai de dix (10) jours, nous résilierons de plein droit votre adhésion et nous pourrions réclamer 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 des Assurances.

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.

8. LA GESTION ADMINISTRATIVE DE VOTRE ADHÉSION AU CONTRAT

La gestion de votre adhésion est confiée à AGLAE Gestion. L'ensemble des documents visés aux présentes ou autres correspondances relatives à votre adhésion doivent donc être transmis directement à AGLAE Gestion.

En nous communiquant votre adresse électronique, vous acceptez que les informations relatives à l'exécution de votre adhésion vous soient transmises à cette adresse. Vous pouvez à tout moment, par écrit, nous demander de cesser ce mode de communication.

En cas de changement d'adresse postale et/ou électronique, vous devez nous avertir dans les plus brefs délais. A défaut, les courriers transmis à la dernière adresse connue produiront tous leurs effets.

Votre adhésion est établie d'après les déclarations que vous avez faites lors de votre adhésion et pendant la durée de celle-ci.

Ainsi, en cours de votre adhésion, vous devez nous déclarer par écrit dès que vous en avez connaissance, tout changement concernant les critères ayant servi à la détermination de la cotisation à l'adhésion.

Si la modification entraîne un changement du montant de la cotisation, Vous avez trente (30) jours pour accepter ou refuser cette proposition. En cas de refus, la résiliation de votre adhésion prendra effet au terme de cette période de trente (30) jours.

Attention : toute omission, réticence, fausse déclaration intentionnelle ou non dans les informations qui seront fournies à AGLAE Gestion et notamment dans la déclaration d'un sinistre,

vous expose à une déchéance de garanties et à la résiliation de votre adhésion à la Convention PREPAR'SÉRÉNITÉ - Garantie Santé conformément aux articles L.113-8 et L.113-9 du Code des assurances ci-dessous reproduits.

• Article L.113-8 du Code des assurances :

« Indépendamment des causes ordinaires de nullité, et sous réserve des dispositions de l'article L.132-26, le contrat d'assurance est nul en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de l'assuré, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour l'assureur, alors même que le risque omis ou dénaturé par l'assuré a été sans influence sur le sinistre.

Les primes payées demeurent alors acquises à l'assureur, qui a droit au paiement de toutes les primes échues à titre de dommages et intérêts.

Les dispositions du second alinéa du présent article ne sont pas applicables aux assurances sur la vie. »

• Article L.113-9 du Code des assurances :

« L'omission ou la déclaration inexacte de la part de l'assuré dont la mauvaise foi n'est pas établie n'entraîne pas la nullité de l'assurance.

Si elle est constatée avant tout sinistre, l'assureur a le droit soit de maintenir le contrat, moyennant une augmentation de prime acceptée par l'assuré, soit de résilier le contrat dix jours après notification adressée à l'assuré par lettre recommandée, en restituant la portion de la prime payée pour le temps où l'assurance ne court plus.

Dans le cas où la constatation n'a lieu qu'après un sinistre, l'indemnité est réduite en proportion du taux des primes payées par rapport aux taux des primes qui auraient été dues, si les risques avaient été complètement et exactement déclarés. »

9. PRESCRIPTION

Toute action dérivant de la présente adhésion est irrecevable au terme d'un délai de deux (2) ans à compter de l'événement qui lui a donné naissance, selon les dispositions des articles L.114-1 à L.114-3 du Code des assurances qui prévoient :

• Article L.114-1

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

« 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 accusé de réception, adressés 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**

« Par dérogation à l'article 2254 du Code Civil, les parties au contrat d'assurance 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.»

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription prévues par le Code Civil sont :

- la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait (article 2240 du Code Civil) ;
- la demande en justice (articles 2241 à 2243 du Code Civil) ;
- une mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles d'exécutions ou un acte d'exécution forcée (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 (Article 2245 du Code Civil) ;
- l'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance pour les cas de prescription applicables aux cautions (Article 2246).

10. TRAITEMENT DES RECLAMATIONS – MEDIATION

On entend par réclamation, toute déclaration, sous quelle que forme que ce soit (lettre, courriel, appel téléphonique) faisant état d'une insatisfaction ou d'un mécontentement.

Vous pouvez à tout moment vous adresser à votre interlocuteur habituel afin de résoudre tout problème relatif à la bonne exécution de votre contrat. Si le litige éventuel demeure, vous pouvez adresser une réclamation écrite.

Selon l'objet de cette réclamation, le service en charge de son traitement différera.

Objet de la réclamation	Destinataire de la réclamation
Relative aux circonstances de conclusion ou à la commercialisation de votre adhésion <i>(Manquements et/ou mauvaises pratiques lors de la vente, défaut d'information et/ou de conseil...)</i>	BRED Banque Populaire (Service Relations Clientèle) 18 quai de la Rapée 75604 Paris cedex 12 Par mail : en remplissant le formulaire mis en ligne sur bred.fr, accessible à la rubrique « plainte/réclamations » Tel : 01.40.04.71.15 (appel non surtaxé)
Relative à la gestion de votre adhésion <i>(Adhésion, modifications ou avenants, cotisations, Sinistre...)</i>	AGLAE Gestion - service réclamations 69439 Lyon cedex 3 Courriel : reclamations@aglae.com

La BRED Banque Populaire et/ou AGLAE Gestion s'engage(nt) à accuser réception de votre demande dans les dix jours ouvrables à compter de sa réception (en l'absence de réponse à la réclamation apportée dans ce délai) et à vous apporter une réponse au maximum dans les deux mois suivant sa date de réception (sauf circonstances particulières dont vous seriez alors informé).

Si, malgré nos efforts pour vous satisfaire, vous restez mécontent de notre décision, vous pouvez faire appel au Médiateur compétent (désigné ci-dessous), et ceci sans préjudice des autres voies d'actions légales.

Objet de la réclamation	Médiateur compétent
Relative aux circonstances de conclusion ou à la commercialisation de votre adhésion <i>(Manquements et/ou mauvaises pratiques lors de la vente, défaut d'information et/ou de conseil...)</i>	Médiateur de la consommation auprès de la FNBF (Fédération Nationale des Banques Populaires), 76-78 Avenue de France, 75 013 Paris

Relative à la gestion de votre adhésion <i>(Adhésion, modifications ou avenants, cotisations, Sinistre...)</i>	Médiateur de l'Assurance TSA 50 110 - 75441 Paris cedex 09 Ou le saisir en ligne sur le site www.mediation-assurance.org
---	--

Le médiateur peut être saisi dans un délai d'un (1) an, conformément à l'article L.612-2 du Code de la consommation.

Si vous avez adhéré à la présente Convention à distance par Internet, vous pouvez également saisir le médiateur compétent en déposant plainte sur la plateforme de la Commission Européenne pour la résolution des litiges accessible à l'adresse suivante :

<http://ec.europa.eu/consumers/odr/>

Le recours au Médiateur ne peut être fait parallèlement à la saisine des tribunaux. Cependant, ce recours ne porte pas atteinte à une éventuelle procédure contentieuse ultérieure : le délai de prescription de l'action en justice est interrompu à compter de la saisine du Médiateur de l'assurance et pendant le délai de traitement de la réclamation par le Médiateur.

11. PROTECTION DE VOS DONNÉES

Les données à caractère personnel recueillies par AGLAE Gestion sont indispensables au traitement de la demande d'assurance.

Elles sont régies par le Règlement (UE) n°2016/679 du 27 avril 2016 sur la protection des données.

Bien qu'aucune décision ne soit fondée sur un traitement exclusivement automatisé, ces données font l'objet de traitements informatiques pour : l'étude, la souscription et la gestion des contrats d'assurance, la mise en œuvre des obligations légales et/ou réglementaires et l'amélioration des produits ou des prestations.

Par ailleurs, AGLAE Gestion met en œuvre un traitement ayant pour finalité la lutte contre la fraude à l'assurance pouvant donner lieu à l'application de sanctions civiles, financières et/ou pénales et à l'inscription sur une liste des personnes présentant un risque de fraude.

Pour répondre à ses obligations légales, AGLAE Gestion met également en œuvre un traitement de surveillance ayant pour finalité la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme et l'application des sanctions financières.

Ces données sont destinées à l'Organisme assureur en tant que responsable des traitements et à AGLAE Gestion en tant que sous-traitant. Selon les finalités des traitements, elles peuvent aussi être transmises à leurs partenaires, leurs sous-traitants ainsi qu'aux autorités publiques conformément à la loi.

Elles sont conservées pour la durée nécessaire à la finalité de leur traitement et conformément aux délais de prescriptions légales. Elles sont susceptibles de faire l'objet de transferts hors de l'Union Européenne.

Ces transferts sont encadrés par des règles de protection et de sécurité des données. Une information sur les données transférées ainsi que sur les destinataires sera fournie sur simple demande auprès d'AGLAE Gestion à l'adresse mentionnée ci-dessous.

Conformément aux dispositions du Règlement (UE) n°2016/679 du 27 avril 2016 sur la protection des données, les personnes concernées par un traitement de leurs données disposent d'un droit d'accès, de rectification, de limitation, de suppression, d'opposition pour motif légitime, d'un droit à la portabilité de leurs données, du droit de définir des directives relatives au sort de leurs données après leur décès, hormis les cas où la réglementation ne permet pas l'exercice de ces droits.

La caisse d'Assurance Maladie étant destinataire d'un certain nombre d'informations, ces personnes peuvent également s'opposer par écrit à tout moment à l'envoi par cette dernière de l'image reflet des décomptes de Régime Obligatoire à AGLAE Gestion.

Pour exercer un ou plusieurs de ces droits, il convient de fournir la copie d'une pièce justificative d'identité et de contacter le Délégué à la protection des données d'AGLAE Gestion soit par courrier à l'adresse suivante : AGLAE Gestion - Immeuble Aprilium - 114 boulevard Marius Vivier Merle - 69439 Lyon cedex 03 soit par mail à dpo.aglae@aglae.com.

Conformément aux dispositions de l'article L 561-45 du Code monétaire et financier, les personnes concernées par le traitement de surveillance

de leurs données peuvent exercer leur droit d'accès auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés – 3 Place de Fontenoy – TSA 80715 – 75334 Paris cedex 07.

En cas de réclamation relative au traitement des données personnelles, il convient de contacter la Commission Nationale Informatique et Libertés sur son site internet www.cnil.fr ou par voie postale à l'adresse mentionnée ci-dessus.

En application des dispositions des articles L.223-1 et suivants du Code de la consommation, il existe une liste d'opposition gratuite au démarchage téléphonique sur laquelle les personnes concernées peuvent s'inscrire, soit par voie postale, en écrivant à : Société OPPOSETEL – Service BLOCTEL – 6, rue Nicolas Siret – 10300 Troyes ; soit par connexion au site internet de la société OPPOSETEL à l'adresse suivante : bloctel.gouv.fr.

En tout état de cause, l'inscription sur cette liste n'interdit pas l'Organisme assureur et AGLAE Gestion de les joindre téléphoniquement dans le cadre des relations contractuelles existantes.

Toutes les informations personnelles collectées vous concernant sont enregistrées par l'Assureur, responsable du traitement. Elles ont vocation à être utilisées pour (i) la passation, la gestion et l'exécution du contrat d'assurance, (ii) dans le cadre de l'Échange Automatique d'Information en matière fiscale, (iii) pour la lutte contre le blanchiment d'argent et de financement du terrorisme, (iv) pour la lutte contre la fraude, (v) dans le cadre de contentieux et (vi) pour l'amélioration des produits ou des prestations.

Les bases légales des traitements mentionnés sont l'exécution du contrat [(i),(v),(vi)], l'intérêt légitime (iv) et le respect des obligations légales [(ii),(iii)]. Les données collectées sont transmises (i) aux équipes ou sous-traitants de l'Assureur, (ii) aux membres du groupe BPCE, (iii) aux organismes professionnels habilités, (iv) aux partenaires commerciaux de l'Assureur, comme des intermédiaires, mandataires ou réassureurs, et (v) aux autorités publiques conformément à la loi. Il n'existe aucune prise de décision entièrement automatisée par l'Assureur, sur la base de vos données personnelles.

Les données personnelles collectées sont stockées à l'intérieur de l'Union européenne ou dans des pays dont la protection des données personnelles a été jugée adéquate par la Commission européenne. Elles sont conservées, par l'Assureur, de manière sécurisée et conformément à la réglementation et, pour la durée réglementaire correspondant soit à la prescription légale, soit à la réglementation des assurances. Vos données personnelles de santé sont particulièrement protégées, accessibles et traitées uniquement par des professionnels spécifiquement formés et soumis à une confidentialité réglementaire.

Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, de limitation, de suppression, d'opposition pour motif légitime, d'un droit à la portabilité de vos données, du droit de définir le sort post-mortem

de vos données personnelles et, le cas échéant, de retirer votre consentement à tout moment, hormis les cas où la réglementation ne permet pas l'exercice de ces droits.

Pour exercer un ou plusieurs de ces droits, il convient de contacter le délégué à la protection des données de l'Assureur, par mel (dpo@prepar-vie.com) ou le médecin conseil de l'Assureur (service.medical@prepar-vie.com) pour vos données de santé, ou par courrier (PREPAR-VIE, Immeuble Le Village 1, Quartier Valmy, 33 Place Ronde, CS 90241, 92981 Paris La Défense cedex ou PREPAR-IARD Immeuble Le Village 1, Quartier Valmy, 33 Place Ronde, CS 20243, 92981 Paris La Défense cedex) pour les informations figurant dans ses propres fichiers ou ceux de ses mandataires. En cas de doute sur l'identification de la personne concernée, une pièce justificative d'identité peut être demandée. En cas de réclamation, vous pouvez contacter la CNIL par mel (www.cnil.fr) ou par courrier postal en écrivant à : CNIL - Service des Plaintes - 3 Place de Fontenoy – TSA 80715 - 75334 Paris cedex 07. Vous pouvez vous inscrire sur la liste d'opposition au démarchage par mel (www.bloctel.gouv.fr) ou par courrier postal en écrivant à : OPPOSETEL- Service Bloctel- 6 rue Nicolas Siret – 10000 Troyes.

Pour plus d'informations, vous pouvez vous reporter, à tout moment, à notre Politique de données personnelles, susceptible d'évoluer au fil du temps, sur notre site internet www.prepar-vie.fr.

ARTICLE 12 - INFORMATIONS RÉGLEMENTÉES CONSULTABLES SUR LE SITE INTERNET

L'Assureur est soumis par la réglementation à différentes obligations de publication et d'information. Dans ce cadre, l'Adhérent dispose de la possibilité de consulter gratuitement (coût du fournisseur d'accès) sur le site Internet www.prepar-vie.fr, sur l'espace dédié Publications, celles des informations réglementées qui sont applicables à sa situation.

Figurent notamment sur cet espace les informations :

(a) relatives aux contrats non réglés au sens de l'article L.132-9-1 du Code des assurances ;

(b) concernant les modalités de prise en compte dans la politique d'investissement de l'Assureur des critères relatifs au respect d'objectifs sociaux, environnementaux et de qualité de gouvernance et sur les moyens mis en oeuvre pour contribuer à la transition énergétique et écologique ;

(c) sur la solvabilité et la situation financière de l'Assureur ;

(d) concernant la politique de prévention et de gestion des conflits d'intérêts.

Ces informations sont mises à jour régulièrement par l'Assureur, l'Adhérent étant invité à consulter le site à intervalles réguliers.

LEXIQUE

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 des garanties portée au **Certificat d'adhésion** pour chaque assuré.

Base de remboursement

Tarif de base déterminé par l'Assurance Maladie Française comme référence pour le calcul des remboursements (le montant remboursé par la **Sécurité Sociale** résulte de l'application d'un taux de remboursement sur ce tarif de base).

Ce tarif de base peut selon les actes être désigné par l'Assurance Maladie sous les termes **TA, TC, TFR ou TR**.

Certificat d'adhésion

Document remis à l'adhérent constatant son adhésion à la Convention et qui précise les garanties souscrites, leur date d'effet et le niveau choisi.

Conjoint

L'époux ou l'épouse de l'adhérent, 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'adhérent.

Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée (DPTAM)

Le DPTAM est un terme générique visant les différents dispositifs ayant pour objet la maîtrise des dépassements d'honoraires des professionnels de santé conventionnés. Sont notamment concernés les médecins ayant adhéré au Contrat d'Accès aux Soins (CAS) ou ayant choisi l'Option de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO).

Le CAS et l'OPTAM/OPTAM-CO sont ouverts aux médecins exerçant en secteur 2 et à certains médecins du secteur 1 (médecins de secteur 1 titulaires du droit permanent à dépassement ou disposant des titres leur permettant d'accéder au secteur 2) ; l'OPTAM-CO visant de manière spécifique les médecins exerçant une spécialité de chirurgie ou de gynécologie-obstétrique.

En consultant un médecin adhérent au DPTAM, vous bénéficiez d'un meilleur remboursement des actes et consultations par la Sécurité Sociale.

Par ailleurs, les contrats d'assurance santé complémentaires qui prévoient une prise en charge des dépassements d'honoraires doivent prendre en charge de manière privilégiée les dépassements d'honoraires des médecins adhérent au DPTAM par rapport aux médecins non adhérents, y compris les médecins non-conventionnés.

Pour connaître les médecins adhérent à un DPTAM, vous pouvez consulter le site ameli-direct.fr.

Enfant(s)

Les **Enfants** à charge célibataires de l'adhérent ou de son Conjoint, jusqu'au 31 décembre de leur 25^{ème} anniversaire, ayant droit aux prestations en nature d'un **Régime obligatoire**.

La notion « à charge » mentionnée ci-avant s'entend au sens de la législation fiscale française.

Hospitalisation

Séjour d'au moins 24 heures dans un établissement hospitalier (un hôpital ou une clinique habilité(e)s à pratiquer des actes et des traitements médicaux auprès de personnes malades ou accidentées, possédant les autorisations administratives locales autorisant ces pratiques ainsi que le personnel nécessaire). L'établissement de santé doit être agréé par le Ministère français concerné ou son équivalent dans un autre pays.

Est également considérée comme une **Hospitalisation** au sens du contrat les actes chirurgicaux codifiés en ADC/KC prodigués au cours d'un séjour hospitalier inférieur à 24 heures (Hospitalisation ambulatoire) et les **Hospitalisations** à domicile (H.A.D.) prise en charge par la **Sécurité Sociale**.

Régime obligatoire

Le régime français de Sécurité Sociale auquel est affilié l'assuré.

Résidence

Lieu de situation du logement que l'adhérent occupe habituellement et effectivement avec sa famille et où se situe le centre de ses intérêts professionnels et matériels.

Sécurité Sociale

Terme générique utilisé dans les présentes conditions générales pour désigner le régime d'Assurance Maladie auprès duquel l'assuré est affilié.

TA (Tarif d'Autorité)

Base de remboursement de la **Sécurité Sociale** établie entre la **Sécurité Sociale** française et les fédérations des différents praticiens pour un médecin non conventionné.

TC (Tarif de Convention)

Base de remboursement établie entre la **Sécurité Sociale** française (base Métropole) et les fédérations des différents praticiens pour un médecin conventionné.

TFR (Tarif Forfaitaire de Responsabilité)

Base de remboursement calculée sur la base d'un tarif de référence applicable à certains médicaments, dont la liste est établie par Arrêté ministériel.

TM (Ticket Modérateur)

Différence entre la **Base de remboursement** et la part effectivement prise en charge par la **Sécurité Sociale**.

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.

Grille OPTIQUE

CATÉGORIE 1		
<ul style="list-style-type: none"> - Deux verres unifocaux sphériques dont la sphère est [- 6,00 à + 6,00] - Deux verres unifocaux sphéro-cylindriques <ul style="list-style-type: none"> • dont la sphère est [- 6,00 et 0] et dont le cylindre est $\leq + 4,00$ • dont la sphère est positive et dont la somme S^* est \leq à 6,00 		
CATÉGORIE 2		
Un verre de la catégorie 1 ET Un verre de la catégorie 3		
CATÉGORIE 3		
<ul style="list-style-type: none"> - Deux verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de - 6,00 à + 6,00 - Deux verres unifocaux sphéro-cylindriques <ul style="list-style-type: none"> • dont la sphère est [- 6,00 et 0] et dont le cylindre est $> + 4,00$ • dont la sphère est $< - 6,00$ et dont le cylindre est $\geq + 0,25$ • dont la sphère est positive et dont la somme S^* est $> + 6,00$ - Deux verres multifocaux ou progressifs sphériques <ul style="list-style-type: none"> • dont la sphère est [- 8,00 et + 8,00] • dont la sphère est hors zone de [- 4,00 à + 4,00] - Deux verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques <ul style="list-style-type: none"> • dont la sphère est [- 8,00 et 0] et dont le cylindre est $\leq + 4,00$ • dont la sphère est [- 8,00 et 0] et dont le cylindre est $> + 4,00$ • dont la sphère est $< - 8,00$ et dont le cylindre est $\geq + 0,25$ • dont la sphère est positive et dont la somme S^* est $\leq + 8,00$ • dont la sphère est positive et dont la somme S^* est $\geq + 8,00$ 		
OU	-	<ul style="list-style-type: none"> - Un verre de la catégorie 1 Et - Un verre de la catégorie 3

*Somme S = (sphère + cylindre)

PREPAR-IARD

Filiale de la BRED Banque Populaire, entreprise régie par le Code des Assurances
 Société Anonyme au capital de 800 000 euros
 Siège social : Immeuble Le Village 1 – Quartier Valmy - 33 Place Ronde
 CS 20243 - 92981 Paris La Défense cedex
 Tél : 01 41 25 41 25 - Télécopie : 01 41 25 41 26
 343 158 036 RCS Nanterre (LEI : 9695008UHMH3007T1B62)

APE

Association pour la Prévoyance
 et l'Épargne.
 Association Loi 1901, dont le siège social est :
 18 Quai de la Rapée 75012 Paris