

SANTÉ

Surcomplémentaire

Conditions Générales



Avril 2016

0543-4.10.20



*Vous venez d'adhérer à un contrat collectif facultatif
pour des Garanties Santé, souscrit par
l'Association Des Adhérents de Contrats Collectifs Santé (A.D.A.C.C.S),
association régie par la loi du 1^{er} juillet 1901.
Siège social : 86 à 90, rue Saint-Lazare 75009 Paris.*

*Vous devenez ainsi membre de l'A.D.A.C.C.S
et un exemplaire des statuts de l'association vous a été remis :
nous vous remercions de votre confiance.*

*N'hésitez pas à consulter votre Conseiller GMF
pour toute information complémentaire.*

••••• 1 • LES DISPOSITIONS GÉNÉRALES

1.1 L'objet de votre contrat	8
1.2 Les textes régissant votre contrat	8
1.3 Les conditions pour bénéficier des garanties	8
1.4 La territorialité de vos garanties	9
1.5 Les définitions retenues pour l'application de votre contrat	9 à 11
1.6 Les exclusions générales	12

••••• 2 • LES GARANTIES SANTÉ

2.1 Le choix de votre formule de garantie	14
2.2 Que comprennent vos garanties santé ?	14 à 17
2.2.1 "Soins courants"	14/15
2.2.2 "Optique, dentaire et appareillages"	15/16
2.2.3 "Hospitalisation"	16/17

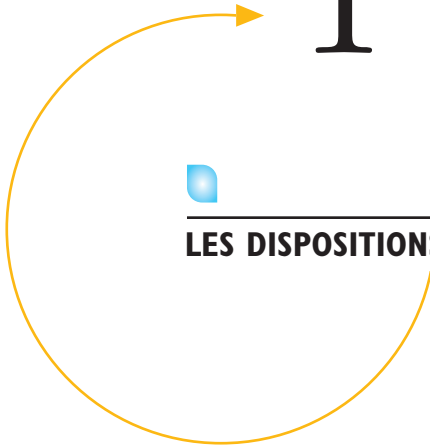
••••• 3 • LE RÈGLEMENT DES PRESTATIONS

3.1 Que devez-vous faire ?	20
3.1.1 Les documents à nous communiquer	20
3.1.2 L'adresse de correspondance	20
3.2 Que réglons-nous ?	20/21
3.2.1 Les conditions d'application de vos garanties	20
3.2.2 Les modalités d'application des limites de remboursements	21
3.2.3 Les limitations spécifiques durant la période probatoire	21
3.3 les services Santéclair	21/22
3.4 Le cumul d'assurances santé	22

••••• 4 • LA VIE DU CONTRAT

4.1 La prise d'effet de vos garanties	24
4.1.1 La prise d'effet immédiate	24
4.1.2 Le délai d'attente	24
4.2 Le délai de renonciation au contrat souscrit dans le cadre d'un démarchage	24
4.3 La durée de vos garanties	25
4.4 L'évolution de vos garanties	25
4.5 Votre cotisation	25/26
4.6 Vos déclarations et leurs conséquences	26
4.7 Le paiement de votre cotisation et les conséquences du non-paiement	26/27
4.8 La fin de votre adhésion/la résiliation du contrat	27 à 29
4.9 La subrogation	30
4.10 La prescription	30
4.11 La réclamation/la médiation	31

1



LES DISPOSITIONS GÉNÉRALES

1.1 • L'OBJET DE VOTRE CONTRAT

Le présent contrat constitue un **contrat surcomplémentaire santé**.

Il a pour objet le remboursement aux assurés, de tout ou partie de leurs dépenses de santé, en cas de maladie, maternité et accident, en complément

des prestations versées par leur Régime Obligatoire **et par leur contrat d'assurance santé complémentaire**.

Les remboursements s'ajoutent **dans la limite des frais réels exposés et des garanties choisies**.

1.2 • LES TEXTES RÉGISSANT VOTRE CONTRAT

Votre contrat est régi :

- **par le Code des assurances,**
- **et par :**
 - les présentes **Conditions Générales**, qui définissent les garanties et nos engagements réciproques,
 - les **Conditions Particulières**, valant Certificat d'Adhésion, qui décrivent les

personnes assurées, les limites des garanties choisies et qui complètent ces Conditions Générales.

Ces 2 documents constituent votre Notice d'Information conformément à l'article L 141-4 du Code des assurances.

1.3 • LES CONDITIONS POUR BÉNÉFICIER DES GARANTIES

Pour être **assuré**, vous devez remplir **cumulativement** et maintenir en permanence les conditions décrites ci-après :

- résider habituellement en France métropolitaine ou dans l'un des départements et régions d'outre-mer, sauf Mayotte,
- être affilié à l'un des Régimes Obligatoires d'assurance maladie suivants : régime général, régime spécial ou régime local d'Alsace Moselle,

- **bénéficiaire d'un contrat complémentaire santé**, souscrit auprès de tout autre organisme de prévoyance ou d'assurance santé, au profit de chacun des assurés.

A contrario, les régimes des indépendants et le régime de la Mutualité Sociale Agricole (M.S.A.) ne sont pas accessibles au contrat.

1.4 • LA TERRITORIALITÉ DE VOS GARANTIES

Les Garanties Santé s'appliquent en France métropolitaine et dans les départements et régions d'outre-mer. Cependant les remboursements de soins exceptionnellement reçus à l'étranger suite à un séjour temporaire sont couverts :

- s'ils sont **pris en charge** par le Régime Obligatoire français,
- et que des **factures détaillées et leurs traductions correspondantes** sont fournies par la personne assurée.

1.5 • LES DÉFINITIONS RETENUES POUR L'APPLICATION DE VOTRE CONTRAT

Les termes définis ci-après apparaissent en vert dans les présentes Conditions Générales, afin de vous faciliter la compréhension du texte.

ACCIDENT

Atteinte corporelle soudaine et imprévisible provenant de l'action d'une cause extérieure et indépendante de la volonté de la personne assurée.

ADHÉRENT

Personne physique majeure, adhérente au contrat collectif facultatif santé souscrit par l'A.D.A.C.C.S, pour bénéficier personnellement des garanties et/ou en faire bénéficier les autres assurés au contrat. Il s'engage au paiement des cotisations et reçoit le règlement des prestations de santé au nom et pour le compte des assurés. Il est désigné comme tel sur vos Conditions Particulières.

ANNÉE D'ASSURANCE

Période d'assurance comprise entre 2 échéances annuelles de cotisation. Par ailleurs, si l'assurance expire entre 2 échéances annuelles, la dernière année d'assurance est la période comprise

entre la date d'échéance principale et la date d'expiration.

ASSURÉ(S)/PERSONNE(S) ASSURÉE(S)

La ou les personnes inscrites sous ce nom sur vos Conditions Particulières.

Peuvent être assurés : l'adhérent au contrat, son conjoint, non séparé de corps ou de fait, son concubin ou son partenaire lié à lui par un pacte civil de solidarité, leurs enfants fiscalement à charge ainsi que leurs ayants droit respectifs vivant au domicile et figurant sur leur attestation vitale.

AYANT DROIT

Personne rattachée au numéro de Sécurité sociale d'un assuré social. Il s'agit des membres de la famille (conjoint, concubin, pacsé, enfants, ascendants à charge...) qui ne sont pas assurés sociaux à titre personnel. Ils bénéficient de l'assurance maladie via l'assuré social.

BASE DE REMBOURSEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE (BR)

Tarif servant de référence à l'assurance maladie obligatoire pour déterminer le montant de son remboursement.

On parle de :

- **Tarif de Convention** (TC) lorsque les actes sont effectués par un professionnel de santé conventionné avec l'assurance maladie obligatoire. Il s'agit d'un tarif fixé par une convention signée entre l'assurance maladie obligatoire et les représentants de cette profession,
- **Tarif d'Autorité** (TA) lorsque les actes sont effectués par un professionnel de santé non conventionné avec l'assurance maladie obligatoire. Il s'agit d'un tarif forfaitaire qui sert de base de remboursement. Il est très inférieur au tarif de convention,
- **Tarif de Responsabilité** (TR) pour les médicaments, appareillages et autres biens médicaux.

CONTRAT COMPLÉMENTAIRE

Contrat santé souscrit auprès de tout autre organisme de prévoyance ou d'assurance santé, permettant le remboursement des dépenses de santé des assurés, après intervention du Régime Obligatoire.

CONTRAT SURCOMPLÉMENTAIRE

Contrat santé permettant le remboursement, en tout ou partie, des dépenses de santé des assurés, restées à leur charge, après intervention du Régime Obligatoire et d'un contrat complémentaire santé.

ÉCHÉANCE PRINCIPALE

Point de départ d'une période annuelle d'assurance. Elle est indiquée sur vos Conditions Particulières.

ENFANT ASSURÉ

A cette qualité, l'assuré âgé **de moins de 18 ans** au moment où il reçoit des soins de santé.

ÉTABLISSEMENT(S) SPÉCIALISÉ(S)

Il s'agit des établissements de soins publics ou privés, agréés par le Ministère de la Santé, ayant pour but les traitements psychiatriques ou neuropsychiatriques.

FRANCHISE(S)

Ce sont des sommes qui sont retenues à la source par la Sécurité sociale sur les remboursements de chaque personne assurée. Elles sont dues pour chaque boîte de médicaments achetée ainsi que par acte d'auxiliaire médical ou par transport réalisé. Elles sont plafonnées par année civile et par assuré social.

HOSPITALISATION

Il s'agit d'une hospitalisation dans un établissement de soins public ou privé, agréé par le Ministère de la Santé :

- soit pour un séjour comprenant une nuit minimum,
- soit pour un séjour de moins de 24 heures, sans nuitée, avec une entrée et une sortie le même jour (hospitalisation de jour et hospitalisation en chirurgie ambulatoire).

L'hospitalisation à domicile n'est quant à elle jamais prise en charge.

MALADIE

Toute altération de santé constatée par une autorité médicale compétente et n'ayant pas pour origine un accident corporel.

MATERNITÉ

Période allant du début de la grossesse, constatée médicalement, jusqu'à l'accouchement.

NOUS

L'assureur désigné sur vos Conditions Particulières.

PARCOURS DE SOINS COORDONNÉS

Mode d'accès aux soins prévoyant l'obligation de désigner un médecin traitant et de le consulter en première intention, conformément à la loi.

Le médecin traitant coordonne les soins et adresse le patient vers un autre médecin, dénommé "médecin correspondant", si nécessaire. Le respect du parcours de soins vous permet de bénéficier des remboursements de la Sécurité sociale sans pénalités. Vous êtes hors parcours de soins lorsque vous n'avez pas choisi de médecin traitant ou lorsque vous consultez un médecin sans prescription préalable du médecin traitant, sauf exceptions prévues par la loi.

PARTICIPATION FORFAITAIRE SOLIDAIRE

Somme mise à votre charge par le Code de la Sécurité sociale. Elle concerne chaque consultation ou acte réalisé par un médecin, examen de radiologie et analyse de biologie médicale. Le montant total de la participation est plafonné par année civile.

PATIENT HANDICAPÉ

Personne dont le handicap répond à la définition suivante : toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant.

RÉGIME OBLIGATOIRE (RO)

Régime légal de Sécurité sociale auquel est obligatoirement affilié l'assuré.

REMBOURSÉ

Prise en charge, partielle ou totale, de certaines dépenses de santé par le Régime Obligatoire de Sécurité sociale de l'assuré.

TICKET MODÉRATEUR

Différence, entre la base de remboursement du Régime Obligatoire (prix retenu pour déterminer les remboursements) et le remboursement réel effectué par votre régime de Sécurité sociale, franchises et participations forfaitaires non déduites.

TICKET MODÉRATEUR FORFAITAIRE

Somme mise à votre charge lorsque vous bénéficiez de certains actes techniques, tarifés ou classifiés comme tels par la Sécurité sociale. Elle s'applique aux actes pratiqués en cabinet, en centre ou en établissement de santé (hôpital, clinique) y compris dans le cadre de consultations externes.

VOUS

L'adhérent et/ou l'assuré au contrat tel(s) que désigné(s) aux Conditions Particulières.



1.6 • LES EXCLUSIONS GÉNÉRALES

NE SONT PAS PRIS EN CHARGE dans le cadre des garanties :

- les soins et les frais réalisés avant ou après la période de garantie,
- les soins et les frais réalisés pendant le délai d'attente mentionné sur vos Conditions Particulières, sauf en cas d'**accident** subi après l'entrée en vigueur de votre contrat,
- les soins et les frais réalisés lorsque **vous n'avez pas souscrit ou maintenu en vigueur un contrat complémentaire**,
- les soins et les frais non **remboursés par la Sécurité sociale**, sauf ceux expressément mentionnés sur vos Conditions Particulières,
- les sanctions, pénalités et majorations du **ticket modérateur** prévues à l'article L 871-1 du Code de la Sécurité sociale pour les consultations hors **parcours de soins coordonnés**,
- la **participation forfaitaire solidaire** et les **franchises** mentionnées à l'article L 322-2 du Code de la Sécurité sociale,
- les majorations pour visite à domicile fixées par la Sécurité sociale en cas de visites non justifiées,
- le **ticket modérateur forfaitaire**,
- les cures de toute nature y compris les cures thermales acceptées par la Sécurité Sociale,
- les soins et frais relatifs à la désintoxication alcoolique ou pour toxicomanie,
- les actes réalisés au cours d'un séjour en thalassothérapie,
- les traitements esthétiques et leurs conséquences, sauf s'ils résultent d'une **maladie** ou d'un **accident** ayant donné lieu à une prise en charge par la Sécurité sociale,
- les séjours en service de gérontologie, de gériatrie ou de tout établissement de "long séjour" ainsi que les séjours en établissements médico-sociaux comme les Maisons d'Accueil Spécialisées (MAS), en Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (E.H.P.A.D) et maisons de retraite,
- les hospitalisations à domicile,
- les séjours en centre de rééducation professionnelle.

2



LES GARANTIES SANTÉ

2.1 • LE CHOIX DE VOTRE FORMULE DE GARANTIE

Vous pouvez choisir entre plusieurs formules de garanties différentes suivant vos besoins de couverture de santé. **Vos Conditions Particulières font apparaître le niveau choisi.**

2.2 • QUE COMPRENNENT VOS GARANTIES SANTÉ ?

■ 2.2.1 “SOINS COURANTS”

Dans les limites mentionnées sur vos Conditions Particulières si les garanties ci-dessous y figurent et les conditions d'application décrites à l'article 3.2, **vous** êtes couvert pour les garanties suivantes :

- **Dépassements d'honoraires des médecins généralistes et spécialistes**

Prise en charge des dépassements d'honoraires en cas de consultations médicales y compris celles réalisées à l'hôpital (consultations externes), visites médicalement justifiées et soins réalisés par les médecins généralistes et spécialistes.

- **Actes et soins médicaux prescrits et non remboursés par la Sécurité sociale**

Lorsqu'ils ne sont pas **remboursés** par la Sécurité sociale, prise en charge des actes médicalement **prescrits** ci-après : **amniocentèse, phlébologie, fécondation in vitro et péridurale.**

- **Séances d'ostéopathie, de chiropractie et de diététique non remboursées par la Sécurité sociale**

Si vos Conditions Particulières le prévoient, il s'agit de la prise en charge :

- des séances d'ostéopathie réalisées par un professionnel reconnu conformément au décret 2007-435 du 25 mars 2007,
- des séances de chiropractie réalisées par un professionnel reconnu conformément au décret 2011-32 du 7 janvier 2011,
- des consultations par un diététicien diplômé non prises en charge par la Sécurité sociale.

- **Petits appareillages prescrits et remboursés**

Prise en charge des **petits appareillages** médicalement **prescrits et remboursés** par la Sécurité sociale (exemples : pansements, matériels d'aide à la vie, semelles orthopédiques).

- **Médicaments, vaccins, contraceptifs, prescrits et remboursés ou non par la Sécurité sociale**

Prise en charge :

- des médicaments, des contraceptifs et des vaccins médicalement **prescrits et remboursés** par la Sécurité sociale,
- des médicaments et des vaccins (exemples : vaccins contre la grippe, vaccins du voyageur) médicalement **prescrits** mais non **remboursés** par la Sécurité sociale,
- des contraceptifs **prescrits** mais non **remboursés** tels que pilules, implants, patches.

- **Médicaments en automédication et pharmacie préventive, ni prescrits ni remboursés par la Sécurité sociale**

Prise en charge :

- **des médicaments en automédication**, médicaments vendus librement en pharmacie et utilisés dans les traitements contre :
 - . le rhume et le rhume des foins (rhinite allergique),
 - . les maux de gorge et troubles respiratoires,
 - . les douleurs, fièvres et maux de tête,
 - . les troubles digestifs,
- **de la pharmacie préventive**, produits pharmaceutiques préventifs vendus librement en pharmacie ci-après :

- . préservatifs,
- . sevrages tabagiques,
- . autotests de détection d'infections urinaires,
- . autotests de détection du cancer colorectal.

- **2.2.2 “OPTIQUE, DENTAIRE ET APPAREILLAGES”**

Dans les limites mentionnées sur vos Conditions Particulières si les garanties ci-dessous y figurent et les conditions d'application décrites à l'article 3.2, vous êtes couvert pour les garanties suivantes :

OPTIQUE

- **Verres correcteurs, montures et lentilles de contact**

Prise en charge des frais de montures, de verres correcteurs et/ou de lentilles correctrices (y compris jetables) quels que soient leur type et leur degré de correction, **s'ils sont médicalement prescrits, à l'exclusion des produits d'entretien.**

- **Chirurgies réfractives de l'œil**

Vous êtes garanti pour les chirurgies réfractives de l'œil non **remboursées** par la Sécurité sociale.

Il s'agit des chirurgies correctrices de la vision traitant notamment la myopie, la presbytie ou l'astigmatisme.

DENTAIRE

- **Prothèses dentaires remboursées par la Sécurité sociale**

Prise en charge des prothèses dentaires (y compris Inlay-core) faisant l'objet d'un remboursement de la Sécurité sociale.

- **Prothèses dentaires et parodontie non remboursées par la Sécurité sociale**

Prise en charge des prothèses dentaires et des frais de parodontie (soins et chirurgie de l'ensemble des tissus de soutien des dents) non **remboursés** par la Sécurité sociale.

- **Inlay/Onlay**

Prise en charge des inlay/onlay **remboursés** par la Sécurité sociale.

- **Implants dentaires non remboursés par la Sécurité sociale**

Prise en charge des frais de pose d'implants avec pilier implantaire.

Les frais de soins dentaires ne sont pas pris en charge.

- **Orthodontie enfant**

L'orthodontie est une spécialité médicale qui permet de corriger les mauvaises positions de certains dents ainsi que les malformations des mâchoires afin de redonner une denture fonctionnelle et esthétique.

Prise en charge de l'orthodontie **acceptée et remboursée** par la Sécurité sociale, **c'est-à-dire celle débutée chez l'enfant de moins de 16 ans.**

L'orthodontie pratiquée chez l'adulte n'est pas prise en charge.

APPAREILLAGES

- **Grand appareillage et appareillages orthopédiques**

Prise en charge des frais d'appareillages médicalement **prescrits et remboursés** par la Sécurité sociale (exemples : les prothèses internes et externes, les chaussures orthopédiques) ainsi que les grands appareillages (exemples : les fauteuils roulants, les lits médicalisés).

- **Acoustique et prothèses auditives**

Prise en charge des frais de prothèses et appareillages auditifs médicalement **prescrits et remboursés** par la Sécurité sociale.

■ 2.2.3 "HOSPITALISATION"

Les garanties s'appliquent aux hospitalisations :

- ayant pour but le traitement médical ou chirurgical d'**une maladie, d'un accident ou d'une maternité,**
- en **soins palliatifs, moyens séjours, soins de suite et de réadaptation,** séjours en établissements de **rééducation fonctionnelle,**
- en **établissements spécialisés.**

Dans les limites mentionnées sur vos Conditions Particulières et les conditions d'application du contrat décrites à l'article 3.2, vous êtes couvert pour les garanties suivantes :

- **Dépassements d'honoraires médicaux et chirurgicaux**

Ensemble des honoraires de consultations et frais de soins liés aux traitements et aux actes médicaux et chirurgicaux pratiqués au cours d'une **hospitalisation**.

- **Chambre particulière**

Prise en charge du supplément facturé par l'établissement hospitalier **dans les limites indiquées aux Conditions Particulières**, pour la chambre particulière demandée par la **personne assurée**.

- **Forfait multimédia**

Prise en charge d'un montant forfaitaire destiné à la prise en charge des frais de télévision, de téléphone, de connexion internet, de location d'appareil multimédia etc., facturés par l'établissement hospitalier.

- **Frais de transport**

Frais de transport médicalement **prescrits et remboursés** par la Sécurité sociale pour se rendre à l'établissement de santé ou faisant suite à une **hospitalisation**.

- **Frais d'accompagnement**

Si vos Conditions Particulières le prévoient, remboursement des frais engagés à l'occasion d'une **hospitalisation** (repas de l'accompagnant, lit supplémentaire...).

Prise en charge dans les établissements où l'accompagnement est autorisé (ou en "Maison des Parents") suite à l'**hospitalisation** d'un **enfant assuré de moins de 15 ans** ou d'un **patient handicapé, assuré** au contrat, quel que soit son âge.

Ne sont jamais pris en charge :

- **les frais de séjour et le forfait journalier hospitalier,**
- **les dépassements d'honoraires et les frais d'accompagnement en établissements spécialisés.**

3



LE RÈGLEMENT DES PRESTATIONS

L'**adhérent** reçoit le règlement des prestations de santé au nom et pour le compte de l'ensemble des **assurés** au contrat.

3.1 • QUE DEVEZ-VOUS FAIRE ?

■ 3.1.1 LES DOCUMENTS À NOUS COMMUNIQUER

L'**assuré** doit **nous** adresser dans les meilleurs délais, et au plus tard **dans les 2 ans qui suivent le remboursement de Sécurité sociale ou l'engagement des dépenses**, les justificatifs décrits ci-après.

- **Pour les actes et frais médicaux remboursés par la Sécurité sociale :**
 - les décomptes de la Sécurité sociale,
 - la prescription médicale,
 - **les décomptes de remboursement transmis par votre contrat complémentaire ou le cas échéant le refus de prise en charge de celui-ci,**
 - les copies ou originaux des factures ou notes d'honoraires acquittées et détaillées,
- le "bulletin d'hospitalisation" renseigné précisant la durée du séjour et mentionnant la discipline, pour les **hospitalisations**.
- **Pour les actes et frais médicaux non remboursés par la Sécurité sociale :**
 - la prescription médicale (quand elle existe),
 - **les décomptes de remboursement transmis par votre contrat complémentaire ou le cas échéant le refus de prise en charge de celui-ci,**
 - les copies ou originaux des factures ou notes d'honoraires acquittées et détaillées.

■ 3.1.2 L'ADRESSE DE CORRESPONDANCE

GMF Prestations Santé
CS 77049
67037 Strasbourg cedex.

3.2 • QUE RÉGLONS-NOUS ?

■ 3.2.1 LES CONDITIONS D'APPLICATION DE VOS GARANTIES

Pour que vos frais soient **remboursés**, la **date des soins ou celle de toute autre prestation doit se situer entre la date de prise d'effet des garanties** (y compris pour des

soins prescrits antérieurement) **et la date de cessation des garanties.**

Nous vous réglons uniquement les dépenses de soins ayant fait l'objet au préalable d'un remboursement ou d'un refus de remboursement par votre contrat complémentaire.

■ 3.2.2 LES MODALITÉS D'APPLICATION DES LIMITES DE REMBOURSEMENTS

Les **limites de remboursements** de votre contrat sont précisées sur vos Conditions Particulières.

Les limites de remboursements **exprimées par an s'entendent par année d'assurance** et non par année civile.

Les montants de garanties non consommés au cours d'une année d'assurance ne se reportent pas d'une année sur l'autre ou au profit d'un autre assuré.

Les remboursements interviennent toujours dans la limite des frais réellement exposés par l'assuré.

Les limites de remboursements sont calculées par personne assurée.

Les limites de remboursement exprimées **en pourcentage de la Base de Remboursement de la Sécurité sociale (BR)**, interviennent en complément du remboursement du **Régime Obligatoire** et/ou de votre **contrat complémentaire**.

La participation forfaitaire solidaire et les franchises ne sont pas prises en charge.

Pour les hospitalisations en établissements spécialisés la prise en charge

des frais de chambre particulière et du forfait multimédia, **comporte des limitations spécifiques décrites sur vos Conditions Particulières.**

■ 3.2.3 LES LIMITATIONS SPÉCIFIQUES DURANT LA PÉRIODE PROBATOIRE

Lors de l'adhésion au contrat, une période probatoire peut être applicable. **Elle entraîne une limitation de prise en charge de vos frais de soins.**

Cette limitation temporaire des remboursements concerne uniquement les frais d'**optique** (en dehors des chirurgies réfractives de l'œil), **les prothèses dentaires non remboursées** par la Sécurité sociale, **la parodontie, ainsi que les implants dentaires.**

La durée de cette période probatoire et les limitations de remboursement par type de soins sont précisées sur vos Conditions Particulières.

Lorsque l'inscription d'un nouvel **assuré** intervient au cours de la période probatoire, celle-ci est appliquée uniquement pour la durée restant à courir au contrat à cette date.

3.3 • LES SERVICES SANTÉCLAIR

Si vos Conditions Particulières le prévoient, vous bénéficiez des prestations de notre partenaire SANTÉCLAIR, accessibles depuis votre espace personnel sur www.gmf.fr, telles que :

- **“Hospiclair”** : un outil internet de recherche et d'information sur les

établissements hospitaliers (palmarès par spécialités, tarifs des chambres particulières, indications des montants des dépassements d'honoraires possibles...),

- **“Top des médocs”** : un service interactif qui permet de trouver le médicament

en automédication ayant le meilleur rapport efficacité/prix, à partir des symptômes identifiés,

- “**No smoking®**” : un module interactif d'aide au sevrage tabagique,

- “**Dépist'âge**” : un module interactif délivrant des conseils de prévention adaptés à chaque âge.



3.4 • LE CUMUL D'ASSURANCES SANTÉ

Si **vous** bénéficiez d'autres garanties santé auprès de tout autre organisme de prévoyance ou d'assurance santé, il **vous** est rappelé que **par l'application du principe indemnitaire, les remboursements ou les indemnisations des frais occasionnés par une maladie, une maternité, ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à votre charge après les remboursements de toute nature auxquels vous avez droit.**

Les garanties surcomplémentaires 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, vous pouvez obtenir l'indemnisation en vous adressant à l'organisme de votre choix.

Si des remboursements ont déjà été effectués par un autre organisme, **vous** devez **nous** fournir les justificatifs originaux et les décomptes de cet organisme. **Nous vous** réglons alors le reste à charge en fonction des Garanties Santé de votre contrat.

4



LA VIE DU CONTRAT

4.1 • LA PRISE D'EFFET DE VOS GARANTIES

■ 4.1.1 LA PRISE D'EFFET IMMÉDIATE

Vos garanties prennent effet à compter de la date indiquée sur vos Conditions Particulières.

■ 4.1.2 LE DÉLAI D'ATTENTE

Si vos Conditions Particulières le prévoient, un délai d'attente est applicable avant toute prise en charge ou versement des frais de soins liés à une **hospitalisation**.

Sa durée est précisée sur vos Conditions Particulières.

Si l'inscription d'un nouvel **assuré** intervient au cours du délai d'attente, celui-ci est appliqué uniquement pour la durée restant à courir au contrat pour **vous** à cette date.

Ce délai d'attente n'est pas appliqué aux versements des frais de soins lorsque l'**hospitalisation** de l'**assuré** est consécutive à un **accident** postérieur à son inscription au contrat.

4.2 • DÉLAI DE RENONCIATION AU CONTRAT SOUSCRIT DANS LE CADRE D'UN DÉMARCHAGE

Délai de renonciation au contrat souscrit dans le cadre d'un démarchage au domicile ou sur le lieu de travail (article L 112-9 du Code des assurances).

Toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, et qui signe dans ce cadre une proposition d'assurance ou un contrat à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée avec accusé de réception pendant le délai de 14 jours calendaires révolus à compter du jour de la conclusion du contrat, sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités.

Cette disposition n'est pas applicable si vous avez déjà mis en jeu les garanties du contrat.

Il vous suffit d'envoyer votre lettre de renonciation en recommandée avec accusé de réception à GMF - "service renonciation" 45930 Orléans cedex 09, selon le modèle ci-après.

Vos garanties cesseront à compter de la réception de votre lettre de renonciation et **vous** serez remboursé dans les 30 jours des sommes déjà versées excepté celles correspondant à la période de garantie déjà écoulée.

"Je soussigné(e) (nom, prénom, adresse complète) désire renoncer au contrat souscrit dans le cadre d'un démarchage (nom du contrat, numéro de contrat, date de souscription).

Date et signature".

4.3 • LA DURÉE DE VOS GARANTIES

Votre contrat est annuel et renouvelé automatiquement d'année en année à chaque échéance principale par tacite reconduction.

Les Garanties Santé **sont des garanties viagères et ne sauraient être résiliées par nous en fonction de votre âge ou de votre état de santé actuel ou futur.**

Les Garanties Santé **cessent de plein droit si le contrat complémentaire de l'assuré n'est plus en vigueur.**

En cas de décès de l'**adhérent**, les garanties sont maintenues pour les autres **assurés** figurant aux Conditions Particulières pendant une période de 2 mois. Au-delà de cette période, un des **assurés, s'il est majeur** peut adhérer afin de continuer l'engagement initial. Passé ce délai, le contrat est résilié pour l'ensemble des **assurés**.

4.4 • L'ÉVOLUTION DE VOS GARANTIES

Vous pouvez faire évoluer les garanties des **assurés**, après **un délai minimum d'un an d'assurance dans le niveau de garantie choisi et ce pour l'ensemble des personnes assurées.**

Les modifications législatives ou réglementaires peuvent entraîner une baisse des remboursements de votre **Régime Obligatoire** de Sécurité sociale. **Afin de conserver l'équilibre initial du**

contrat, nous pourrions réviser à la baisse les garanties impactées.

Vous en serez tenu informé par écrit 3 mois au minimum avant la date prévue de son entrée en vigueur.

Vous pourrez alors **dénoncer votre adhésion en raison de ces modifications** ou accepter cette modification en maintenant votre adhésion dans les nouvelles conditions.

4.5 • VOTRE COTISATION

Les critères tarifaires retenus pour le calcul de votre cotisation sont **l'âge de chaque assuré**, le niveau des Garanties Santé, le **Régime Obligatoire** de Sécurité sociale de chaque **assuré**, le lieu de résidence de l'**adhérent**, le nombre de **personnes assurées** au contrat ainsi que la présence d'options au contrat.

• **Évolution de votre cotisation à l'échéance principale :**

- évolution **automatique en fonction de l'âge de chaque personne assurée**,
- évolution du fait des résultats techniques pour l'ensemble des **assurés** au contrat collectif, relevant des mêmes catégories et critères tarifaires.
- **Évolution de votre cotisation en cours d'année suite à :**
 - changement du lieu de résidence de l'**adhérent**,

- changement de **Régime Obligatoire** d'un **assuré**,
- modifications législatives ou réglementaires de nature fiscale ou sociale, en particulier celles ayant un

impact sur les remboursements de votre régime de Sécurité sociale.

Dans ces hypothèses, l'**adhérent** a la possibilité de résilier son adhésion 3 mois après en avoir eu connaissance.

4.6 • VOS DÉCLARATIONS ET LEURS CONSÉQUENCES

L'**adhérent** est tenu de **nous** informer **dans les 15 jours** de sa connaissance **de tout événement** concernant chaque **personne assurée** et susceptible de modifier les modalités de gestion à savoir notamment tout **changement** :

- de numéro de Sécurité sociale,
- de caisse primaire d'assurance maladie ou du centre de paiement,
- de régime de Sécurité sociale,
- de votre **contrat complémentaire** santé y compris résiliation de celui-ci,
- de domicile ou de coordonnées bancaires,
- dans la situation ou la composition familiale, notamment naissance, mariage, conclusion d'un pacte civil de solidarité, séparation, divorce, décès ou perte de la qualité d'**ayant droit**.

Le changement de régime social pour un autre régime autorisé par le contrat est pris en compte à la date de changement effectif du régime, même en cas de

notification tardive.

Toute réticence ou déclaration intentionnellement fautive de l'adhérent, à l'adhésion ou au cours de l'adhésion, lorsqu'elle change l'objet du risque ou en diminue notre opinion, même si elle a été sans influence sur le règlement de prestations santé et/ou le versement d'allocations journalières d'hospitalisation, entraîne la nullité du présent contrat.

Toute omission ou déclaration inexacte non intentionnelle de l'adhérent entraîne soit la résiliation du contrat, soit l'augmentation des cotisations, soit la diminution des prestations, en application des dispositions prévues par le Code des assurances.

La preuve de la réticence ou du caractère intentionnellement faux des déclarations de l'adhérent nous incombe.

4.7 • LE PAIEMENT DE VOTRE COTISATION ET LES CONSÉQUENCES DU NON-PAIEMENT

Le montant de votre cotisation **vous** est communiquée lors de chaque **échéance**, sur votre **avis d'échéance**. Elle est payable annuellement et d'avance sauf mention contraire sur vos Conditions Particulières et sur l'**avis d'échéance**.

Si vous ne payez pas votre cotisation ou une fraction de cotisation réclamée dans les 10 jours suivant son échéance, nous pouvons **vous** envoyer par lettre recommandée une mise en demeure adressée à votre dernier domicile déclaré.

Celle-ci entraîne la suspension des garanties 30 jours plus tard.

À défaut de règlement dans les 40 jours qui suivent l'envoi de cette mise en demeure, votre adhésion sera résiliée et **vous** serez, **vous** et les autres **assurés**, exclus du contrat collectif. **Vous** perdrez de ce fait votre qualité d'**adhérent** à l'A.D.A.C.C.S.

La suspension de la garantie ou la résiliation pour non-paiement de la cotisation ne **vous** dispense pas de l'obligation de payer les cotisations émises.

En cas de résiliation, **nous** conservons, à titre d'indemnité, la part de cotisation relative à la période comprise entre le jour de la résiliation et celui de la prochaine échéance.

Toutefois, cette part de cotisation ne peut être supérieure à 6 mois de cotisation.

Les frais de soins prescrits ou effectués, durant cette période de suspension et à l'issue de celle-ci en cas de résiliation, ne seront pas pris en charge.



4.8 • LA FIN DE VOTRE ADHÉSION/LA RÉSILIATION DU CONTRAT

Votre adhésion au contrat est annuelle et reconduite automatiquement d'année en année.

Vous disposez d'un droit annuel de résiliation à l'**échéance principale** moyennant **un préavis de 2 mois** ainsi **qu'en cours d'année dans certaines circonstances décrites** dans le tableau ci-dessous.

Lorsque votre adhésion est résiliée à l'échéance, la date de départ du délai de préavis est celle de votre demande (date du recommandé, cachet de la poste de la lettre simple, date du mail ou du message, date de l'appel téléphonique, date du récépissé délivré par l'Agence GMF).

Vous pouvez également résilier votre adhésion santé à tout moment, sans frais ni pénalités, à l'expiration d'un délai d'un an à compter de la date de souscription.

Cette résiliation prend effet **un mois** après que **nous** en ayons reçu notification.

La résiliation de votre adhésion doit **nous** être notifiée par déclaration auprès de nos conseillers (en agence ou téléphone) ou par lettre ou support durable (messagerie sécurisée au sein de votre espace client sur gmf.fr, messagerie sécurisée sur l'Application "GMF Mobile", mail).

Vous pouvez donner mandat à votre nouvel assureur de se charger de la résiliation qui doit alors **nous être notifiée par lettre recommandée, y compris électronique.**

Nous vous rembourserons le solde de la cotisation correspondant à la période non garantie, dans un délai de 30 jours à compter de la résiliation.

Le contrat peut être résilié dans les cas et conditions énoncés dans les tableaux ci-après :

RÉSILIATION PAR VOUS		
MOTIFS	DÉLAI D'ENVOI DE LA NOTIFICATION DE RÉSILIATION	PRISE D'EFFET
Faculté annuelle de résiliation du contrat.	Au plus tard 2 mois avant l'échéance principale.	Au jour de l'échéance principale à zéro heure.
Sans motif, à tout moment.	À tout moment, à l'expiration d'un délai d'un an à compter de la souscription du contrat.	Un mois après votre notification de résiliation du présent contrat.
Adhésion à un contrat groupe santé obligatoire via votre employeur.	À tout moment au cours de votre contrat.	Au 1 ^{er} jour du mois civil qui suit la réception de votre demande et d'un justificatif de l'employeur.
Adhésion au bénéfice de la Protection Universelle Maladie (PUMA).	À tout moment au cours de votre contrat.	Au 1 ^{er} jour du mois civil qui suit la réception de vos justificatifs.
Adhésion au bénéfice de la Complémentaire Santé Solidaire (CSS).	À tout moment au cours de votre contrat.	Au jour de réception de votre lettre justificative.
Diminution de vos garanties suite à modifications législatives ou réglementaires entraînant des baisses des remboursements de votre Régime Obligatoire (RO) (cf article 4.4).	Au plus tard 3 mois suivant la date de connaissance.	Un mois après votre notification de résiliation du présent contrat.
Augmentation de votre cotisation suite à changement du lieu de résidence de l'adhérent, de changement de Régime Obligatoire d'un assuré ou de modifications législatives ou réglementaires de nature fiscale ou sociale, en particulier celles ayant un impact sur les remboursements de votre régime de Sécurité sociale (cf. article 4.5).	Au plus tard 3 mois suivant la date de connaissance.	Un mois après votre notification de résiliation du présent contrat.
Changement de régime de Sécurité sociale vers un régime non accessible au présent contrat.	Dès que vous en avez connaissance.	Un mois après votre notification de résiliation du présent contrat.
Vous ne résidez plus habituellement en France métropolitaine ou dans l'un des départements et régions d'outre-mer.	Dès que vous en avez connaissance.	Un mois après votre notification de résiliation du présent contrat.

RÉSILIATION PAR NOUS		
MOTIFS	DÉLAI D'ENVOI DE LA LETTRE RECOMMANDÉE	PRISE D'EFFET
Non-paiement de votre cotisation ou d'une fraction de cotisation.	Envoi d'une lettre de mise en demeure au plus tôt 10 jours après l'échéance.	Suspension 30 jours après l'envoi de la lettre de mise en demeure. Résiliation 10 jours après l'expiration du délai de 30 jours précité.
Non maintien en vigueur, en cours de contrat, par l'adhérent, d'un contrat complémentaire santé (cf. article 1.3.1).	Envoi d'une lettre recommandée dès que nous en avons connaissance.	Le lendemain de l'événement déclencheur.
Omission, inexactitude, déclaration intentionnellement fautive ou fraude de l'adhérent (cf. article 4.6).	Envoi d'une lettre recommandée dès que nous en avons connaissance.	Résiliation 10 jours après l'envoi de la lettre recommandée.
Changement de régime de Sécurité sociale vers un régime non accessible au présent contrat.	Dès que vous en avez connaissance.	30 jours après la date d'envoi de notre lettre de résiliation.
Vous ne résidez plus habituellement en France métropolitaine ou dans l'un des départements et régions d'outre-mer.	Dès que vous en avez connaissance.	30 jours après la date d'envoi de notre lettre de résiliation.

Lorsque nous résilions le contrat, nous vous adressons la notification par lettre recommandée à votre dernier domicile déclaré.

Lorsque le contrat est résilié au cours

d'une période d'assurance, nous vous remboursons la fraction de cotisation afférente à la période non garantie **sauf lorsque nous résilions le contrat pour non-paiement de cotisation.**

4.9 • LA SUBROGATION

Il s'agit du droit, de **nous** substituer à la **personne assurée** pour récupérer auprès d'un tiers responsable, les sommes

que **nous** avons payées au titre des Garanties Santé.

4.10 • LA PRESCRIPTION

Il s'agit du délai au-delà duquel aucune réclamation ou **demande de remboursement** ne peut plus être présentée.

Toute action dérivant du présent contrat est **prescrite par 2 ans** à dater de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque, qu'à compter du jour où **nous** en avons eu connaissance,
- en cas de demande de remboursement, qu'à compter 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, qu'à compter du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'**assuré** ou a été indemnisé par ce dernier.

La prescription peut être interrompue par l'une des causes ordinaires d'interruption de celle-ci :

- citation en justice, même en référé,
- acte d'exécution forcée (commandement ou saisie) signifié à l'encontre de celui que l'on veut empêcher de prescrire,
- reconnaissance du droit de celui contre lequel la prescription devrait jouer, ainsi que dans les cas ci-après :
- désignation d'experts à la suite **d'une demande de remboursement**,
- envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception :
 - . de l'**adhérent** ou de l'**assuré** à **nous** pour le règlement des prestations santé,
 - . de **nous** à **vous** pour action en paiement de la cotisation.

La prescription peut aussi être suspendue par la mise en œuvre de la procédure de médiation prévue au présent contrat ou par la conclusion d'une convention de procédure participative prévue à l'article 2062 et suivants du Code Civil.

4.11 • LA RÉCLAMATION/LA MÉDIATION

En premier lieu, formulez votre réclamation auprès de votre interlocuteur habituel :

- **En agence**, auprès de votre conseiller ou de votre directeur d'agence,
- **Par téléphone**, en composant le 0970 809 809 (numéro non surtaxé),
- **Par courrier**, aux coordonnées habituelles.

Si, malgré les explications fournies, la réponse apportée ne permet pas de résoudre le différend, **vous** avez la possibilité en second lieu d'effectuer un recours sur réclamation auprès de :

**“Recours sur réclamation”
148, rue Anatole France
92597 Levallois-Perret cedex.**

Vous obtenez alors notre position définitive.

Nous accusons réception de votre réclamation dans les 10 jours ouvrables à compter de sa réception, sauf si une réponse **vous** a été apportée dans ce délai.

Nous nous engageons à **vous** tenir informé si la durée du traitement de votre réclamation devait être dépassée.

Sauf circonstances particulières, la durée cumulée du traitement de votre réclamation

par votre interlocuteur habituel et par le service de Recours sur réclamation, n'excèdera pas celle fixée et révisée périodiquement par l'ACPR (au 1^{er} mai 2017 cette durée est de 2 mois).

Une fois toutes les voies de recours internes épuisées ou si aucune réponse ne vous a été apportée dans les délais impartis, vous avez la possibilité, si le désaccord persiste, de saisir le Médiateur de l'Assurance, directement sur le site internet : **www.mediation-assurance.org*** ou par courrier à l'adresse suivante : la Médiation de l'Assurance TSA 50110 - 75441 Paris cedex 09.

Vous pouvez également accéder à la plateforme de Règlement en ligne des litiges : **<https://webgate.ec.europa.eu/odr/main/?event=main.home.show&lng=FR>**

Vous disposez d'un délai d'un an à compter de votre recours sur réclamation pour saisir le Médiateur.

Dans tous les cas, **vous** conservez la faculté de saisir le tribunal compétent.

* La charte “la Médiation de l'Assurance”, précisant les conditions d'intervention du Médiateur de l'Assurance, est disponible sur ce site.

