



Notice d'information

(Référence : TS/31.01.2010)

Relative au contrat groupe à adhésion individuelle Tranquillité Santé souscrit sous les n° de convention A.4038.0001/0002/0004/0005

• souscrit par :

ASSOCIATION EUROPE SANTE (AES), association loi 1901, Siège 51/55 rue Hoche - 94853 Ivry sur Seine Cedex, ci-après dénommée, AES ou Association,

• auprès de :

SWISSUFE PREVOYANCE ET SANTE, l'Assureur, entreprise régie par le code des assurances - S.A au capital de 1 50 000 000 € Siège : 86, boulevard Haussmann 75380 Paris cedex 08 - RCS Paris 322 215 021.

• **AES** a délégué à HD ASSURANCES la négociation des conditions de garantie du contrat Tranquillité Santé auprès de l'assureur. Elle lui en a également confié la commercialisation à titre exclusif, via son propre réseau commercial et son réseau d'intermédiaires d'assurances partenaires.

• **La gestion des adhésions** au contrat Tranquillité Santé, par délégation de l'assureur, est effectuée par HD Assurances. HD assurances - SAS de courtage d'assurances au capital de 600 000 € ORIAS N° 07002941 RCS Créteil 395 325 053 00019 Siège social : 51-55 rue Hoche – 94767 Ivry-sur-Seine Cedex.

Lexique

Adhérent : La personne signant la demande d'adhésion, acquitte les cotisations et ainsi fait accéder aux garanties dudit contrat.

Assuré : La (ou les) personne(s) garantie(s) par l'adhésion et désigné(s) au certificat d'adhésion.

Conjoint : Est considéré comme Conjoint, l'époux ou l'épouse de l'Adhérent, non divorcé(e), ni séparé(e) de corps judiciairement, son cosignataire d'un pacte civil de solidarité ou son (sa) concubin(e) notoire.

Enfant (... à charge) : Il s'agit de votre ou de vos enfants fiscalement à votre charge, ou celle de votre Conjoint. La garantie cesse à leur égard à la fin de l'année suivant leur 18ème anniversaire.

A compter de 19 ans les enfants sont conservés sur le contrat des parents avec une cotisation Adulte.

Age : l'âge de l'assuré est calculé par différence de millésimes, entre l'année de l'adhésion et l'année de naissance

Échéance principale : 1er janvier de chaque année.

Délai d'attente : Le délai d'attente est une période décomptée à partir de la date de prise d'effet, au terme de laquelle intervient le début de la garantie. Aucune prestation n'est due pendant cette période.

Année d'assurance : Période s'écoulant entre deux dates d'échéance anniversaire de la date d'adhésion (ou de la date d'effet des garanties pour les assurés inscrits après la date d'effet de l'adhésion).

Conclusion de l'adhésion : L'adhésion est conclue par l'accord entre l'adhérent et l'assureur. La date de conclusion est indiquée au certificat d'adhésion.

Garantie : Elle correspond aux prestations assurées dans le cadre de la formule retenue cumulées à celles des renforts et options de garanties complémentaires éventuellement souscrites, qui forment un tout indissociable et constituent ainsi la garantie. Régime obligatoire (RO) : C'est le régime obligatoire d'assurance maladie de Sécurité sociale Française dont relève l'assuré.

Base de remboursement de la Sécurité Sociale (BR) : Tarif sur la base duquel est calculé le remboursement effectué par le Régime obligatoire de Sécurité Sociale Française dont relève l'assuré, ce tarif peut varier selon que le praticien est conventionné ou non conventionné.

Plafond annuel de remboursement : seuil limite annuel de la prise en charge par l'assureur d'une dépense pour un type d'acte.

Nous : Il s'agit de nous l'assureur.

Vous : Il s'agit de vous, l'adhérent au contrat.

Préambule

Votre adhésion au contrat est :

• **régie par les dispositions** qui suivent dans le présent document. La loi applicable est la loi française, notamment par le Code des assurances. En accord avec l'Association, HD assurances et vous même nous nous engageons à utiliser la langue française pendant toute la durée de votre adhésion.

• **constituée des éléments suivants :**

• **La présente Notice d'information** qui définit les conditions d'application de votre adhésion au contrat, expose l'ensemble des garanties proposées et pouvant être souscrites. Elle vous informe sur les risques non couverts et vous indique également la marche à suivre pour obtenir vos remboursements.

• **Le certificat d'adhésion** qui précise notamment les différentes dispositions personnelles de votre adhésion, les personnes assurées, l'étendue et les modalités des garanties effectivement souscrites.

• **Le tableau des garanties** qui précise les dépenses de santé garanties.

Art.1 - Objet du contrat

Le contrat **Tranquillité Santé** a pour objet de permettre à l'adhérent de bénéficier, durant la période de validité de son adhésion, du remboursement de ses dépenses de santé suite à maladie, accident ou hospitalisation. Cette garantie peut être étendue aux membres de la famille de l'adhérent. Une garantie optionnelle permet également de bénéficier du versement d'une indemnité journalière en cas d'hospitalisation (Option Assistance hospitalière).

Art.2 - Nature des garanties du contrat

Garanties "contrat solidaire" :

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

Garanties "contrat responsable" :

Les différentes formules de garantie santé du contrat **Tranquillité Santé** respectent l'ensemble des dispositions du cahier des charges du contrat dit "Responsable", dont notamment :

• le remboursement de certains actes de prévention, les minima de prise en charge de certains actes et produits,

• et la non prise en charge de la majoration du ticket modérateur appliquée par le Régime Obligatoire dans certaines situations, du dépassement d'honoraires en cas de non respect du parcours de soins, de la participation forfaitaire, ainsi que les franchises instituées. En cas d'évolutions législatives et réglementaires effectuées dans ce cadre, les garanties du contrat seront mises en conformité, après information préalable des adhérents.

Art.3 - Qui peut adhérer au contrat ?

Pour adhérer au contrat, vous devez :

• être assujéti à un Régime Obligatoire, en tant qu'assuré social ou ayant-droit,

• être âgé de 19 ans.

• respecter l'âge limite d'adhésion précisé dans l'article 4.

Dispositions spécifiques au contrat (Loi Madelin : Contrat réservé aux seuls adhérents sous statut TNS souhaitant bénéficier de la possibilité de déductibilité fiscale des cotisations de leur régime complémentaire santé) :

Pour adhérer à ce contrat vous devez relever du Régime Obligatoire d'assurance maladie des travailleurs non salariés et vous engager à être à jour, pendant toute la durée de votre adhésion au contrat, de vos cotisations auprès des régimes obligatoires de base.

Art.4 - Personnes assurées et âge limite d'adhésion

L'adhérent, et s'il sont désignés sur le Certificat d'adhésion, son conjoint, et ses enfants à charge. Les assurés doivent par ailleurs être affiliés auprès d'un Régime obligatoire en tant qu'assuré social ou ayant droit.

Age limite d'adhésion (ou de souscription) aux formules :

• Formules T2, T3, T4 : jusqu'à 75 ans ;

• Formule T1 : jusqu'à 80 ans ;

• Option Assistance hospitalière : avant l'âge de 60 ans.

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

Art.5 - Effet, durée et renouvellement de l'adhésion

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

Art.6 - Conclusion, Prise d'effet, Délais d'attente, Durée des garanties

6.1 - Conclusion, Prise d'effet, Délai d'attente

L'adhésion est conclue par l'accord entre l'adhérent et l'assureur.

La date de conclusion est indiquée au certificat d'adhésion.

En cas de vente à distance, l'adhésion peut être exécutée immédiatement et intégralement à compter de sa conclusion à la demande expresse de l'adhérent.

Les garanties débutent à l'égard de l'Assuré, après expiration du délai d'attente éventuel, décompté à partir de la date d'effet mentionnée sur le certificat d'adhésion ou l'avenant d'adhésion.

Délais d'attente : Les garanties du contrat ne comportent pas de délai d'attente, sauf pour :

• l'option Assistance hospitalière : 1 mois pour l'option assistance hospitalière cette garantie est acquise pour un maximum de 120 jours par an pour la même pathologie.

• l'allocation naissance/adoption : 9 mois

En cas d'hospitalisation dans le cadre des formules T2, T3 et T4, les prestations durant les 3 premiers mois sont remboursées immédiatement dans la limite du tarif de la Sécurité Sociale (sauf en cas d'accident).

Pour les prothèses dentaires et orthodontie, en cas d'options T2, T3, T4, pendant les 6 premiers mois, les prestations sont remboursées immédiatement dans la limite du tarif de la Sécurité Sociale.

6.2 - Suspension des garanties

Votre adhésion et les garanties qui y sont attachées sont suspendues en cas de :

• non paiement des cotisations selon les dispositions prévues par le code des assurances,

• séjour de plus de 2 mois hors du territoire français.

En cas de suspension l'adhésion et les garanties reprennent effet le lendemain du jour où :

• les cotisations arriérées, celles venant à échéance, les éventuels frais de poursuite et de recouvrement ont été payés, en cas de non paiement,

• l'Assuré revient vivre en France métropolitaine ou des DOM-TOM ou de la principauté de Monaco après en avoir séjourné en dehors plus de 2 mois.

La suspension des garanties entraîne pour chaque Assuré, la perte de tout droit à prestations se rapportant à des Accidents, Maladie ou Maternité survenus pendant cette période.

6.3 - Durée des garanties

Les garanties s'arrêtent à la date d'effet de la résiliation de l'adhésion, et au plus tard à l'âge de 70 ans pour la garantie optionnelle Assistance hospitalière. Elles cessent également dès que l'Assuré ne répond plus à la définition des personnes assurées.

Art.7 - Territorialité

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

Art.8 - Les exclusions et les limitations

8.1 - Les exclusions générales

Ne donnent pas lieu à indemnisation les frais et/ou hospitalisation engendrés par des soins commencés ou prescrits avant l'adhésion, ainsi que les accidents ou maladies et leurs suites qui résultent :

> de la pratique par l'assuré de tout sport à titre professionnel ou de sa participation à des paris ou tentatives de record,

> de l'ivresse, de l'éthylisme ou de la toxicomanie de l'assuré,

> d'un acte intentionnel de la part de l'assuré ou de sa tentative de suicide consciente ou inconsciente,

> de la guerre étrangère ou guerre civile, de la participation de l'assuré à des opérations militaires, à des altercations ou des rixes (sauf cas de légitime défense),

> des effets directs ou indirects d'origine nucléaire ou causés par toute source de rayonnements ionisants (sauf s'il s'agit d'un dysfonctionnement ou d'une erreur de manipulation d'un instrument au cours d'un traitement auquel l'assuré est soumis à la suite d'un événement garanti).

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

Nous ne garantissons pas l'indemnisation relative aux frais engagés et / ou hospitalisation pour le séjour dans les établissements ou services suivants :

> héli-marins ou de thalassothérapie,

> les hospitalisations et séjours en établissement, centre ou service dit de long et moyen séjour,

> de gériatrie, de retraite ainsi que les séjours dans les hospices ou les centres et hospitaliers pour personnes âgées dépendantes.

8.3 - Les exclusions relatives aux hospitalisations et traitements suivants :

Nous ne garantissons pas :

> les frais de traitement et d'intervention chirurgicale à caractère esthétique non consécutifs à un accident ; le caractère esthétique est établi par le Médecin Conseil de HD Assurances indépendamment de tout accord ou refus de prise en charge du Régime Obligatoire de l'assuré,

> tous frais non consécutifs à un accident, facturés par un praticien spécialisé en chirurgie plastique,

> les cures de sommeil, amaigrissement, rajeunissement, désintoxication, ainsi que leurs suites,

8.4 - Limitations

> La chambre particulière est limitée à 90 jours par an et par personne.

> Par ailleurs, les frais d'hospitalisation pour le traitement des affections mentales ou psychiatriques seront limités pour chaque personne assurée à 90 jours par an.

> Toutefois en cas de survenance d'un des événements mentionnés ci-dessus la garantie prendra en charge le remboursement des frais prévus à l'article R871-2 du Code de la Sécurité sociale à hauteur des limites minimales qui y sont précisées.

EN AUCUN CAS LE VERSEMENT DE PRESTATIONS, MÊME EFFECTUE A PLUSIEURS REPRISES, NE SAURAIT CONSTITUER UNE RENONCIATION DE L'ASSUREUR A L'UNE DES EXCLUSIONS DE GARANTIES PREVUES AU CONTRAT.

Art.9 - Vos déclarations

9.1 - A l'adhésion

Pour souscrire l'une ou l'autre des formules de garantie proposées dans le cadre du contrat Tranquillité Santé, vous devez répondre, sous forme de déclaration, à une demande d'information concernant la situation personnelle des personnes à assurer.

Ces déclarations seront reprises sur votre certificat d'adhésion et servent de base à l'établissement de votre adhésion. Elles nous permettent d'évaluer en toute connaissance de cause, notre engagement d'assurance, et de percevoir la cotisation adaptée.

9.2 - En cours d'adhésion

Vous devrez nous déclarer au plus tard dans les 15 jours :

• toute modification des éléments spécifiés au Certificat d'Adhésion,

• nous pourriez modifier vos garanties à chaque échéance annuelle sous réserve d'en effectuer la demande au moins deux mois avant cette date.

• les changements ou cessation d'affiliation d'un des assurés à un Régime Obligatoire,

• les changements de domicile ou la fixation du domicile en dehors de la France.

Si les éléments modifiés consistent :

• **une aggravation de risque** (hors problème de santé), nous pourrions, soit dénoncer l'adhésion sous préavis de 10 jours, soit proposer une nouvelle cotisation. Si vous refusez nos nouvelles conditions de garantie, vous devez nous en informer par lettre recommandée dès la réception de notre notification. Nous procéderons alors à la résiliation de votre adhésion moyennant préavis de 10 jours.

• **une diminution de risque**, nous pourrions diminuer la prime en conséquence. A défaut, vous pourriez demander la résiliation de votre adhésion moyennant un préavis de 30 jours.

Pour tout nouvel assuré à prendre en compte dans le cadre de votre adhésion, procéder aux déclarations prévues. Les conditions d'accès à l'assurance sont les mêmes que celles définies pour l'adhérent et les éventuels assurés lors de l'adhésion.

Tout réticence ou fausse déclaration intentionnelle, toute omission ou déclaration inexacte, faite lors de l'adhésion ou en cours d'adhésion, entraîne l'application suivant les cas, des articles L.113-8 (nullité de l'adhésion) et L.113-9 (réduction des indemnités) du Code des Assurances.

9.3 - Les autres documents à nous transmettre

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

9.4 - Validité de vos déclarations

Vos déclarations et communications servent de base à l'application de votre adhésion et de la garantie, et n'ont d'effet que si elles sont parvenues à HD Assurances par écrit, ou à défaut, confirmées par lui-même dans un document écrit lorsque vous l'aurez informé par un autre moyen.

L'emploi de documents ou la production de renseignements inexacts ayant pour but ou pour effet d'induire HD Assurances (ou nous) en erreur sur les causes, circonstances, conséquences ou montant d'un sinistre entraîne la perte de tous droits à l'assurance.

Art.10 - Vos cotisations

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

En début d'adhésion :

Le montant de votre cotisation est mentionné sur le certificat d'adhésion. Il est déterminé en fonction de la formule de garantie choisie, de l'âge des assurés du lieu de votre résidence, et des modalités de prise en charge et bases de remboursement en vigueur du (ou des) Régime(s) obligatoire(s) dont ils relèvent lors de la prise d'effet des garanties et du domicile de l'adhérent.

• **Cotisation Enfant** : Gratuité à partir du 3ème enfant de moins de 20 ans

En cours d'adhésion :

En cours d'adhésion les cotisations évoluent lors de chaque renouvellement annuel de 2 % par an jusqu'à l'âge de 70 ans, et de 4 % après 70 ans.

En cas d'ajout d'un nouvel assuré la cotisation en vigueur est augmentée du montant de la cotisation respective lors de la prise d'effet de sa garantie. Le montant de la cotisation sera mentionné sur le nouveau certificat d'adhésion ou sur l'avenant correspondant.

Votre cotisation peut évoluer en cas de changement du Régime Obligatoire d'un des assurés.

Votre cotisation peut évoluer en cas de changement de domicile de l'adhérent dès qu'il y a un changement de zone géographique tarifaire.

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

10.2 - La variation de vos cotisations

Lors de chaque échéance principale votre cotisation, en dehors de la variation prévue en fonction de l'âge des assurés, évoquée ci-dessus :
• évoluera en fonction du taux d'accroissement des dépenses de santé publié par la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des travailleurs salariés.

• pourra également varier en fonction de l'évolution de la consommation constatée sur l'ensemble des adhésions respectives du contrat **Tranquillité Santé**.

• pourra évoluer immédiatement et automatiquement ou alors à l'échéance principale en cas de modification des conditions de remboursements et / ou des remboursements pris en charge par votre Régime Obligatoire et/ou en cas d'évolution des impôts et taxes établis sur votre cotisation postérieurement à votre adhésion.

10.3 - Le paiement de vos cotisations

Votre cotisation est annuelle et payable d'avance à HD Assurances.

Les modalités convenues pour le paiement de la cotisation (périodicité et mode de règlement) sont mentionnées sur le certificat d'adhésion.

10.4 - Le non paiement de vos cotisations

A défaut de paiement de votre cotisation ou d'une fraction de celle-ci dans les 10 jours suivants son échéance, HD Assurances pourra, indépendamment de notre droit de poursuivre l'exécution de votre adhésion en justice, vous adresser à votre dernier domicile connu une lettre recommandée valant mise en demeure.

Vos garanties pourront être suspendues à l'issue d'un délai de 30 jours après l'envoi de cette lettre, et votre adhésion résiliée 10 jours après l'expiration du délai précité de 30 jours.

Les cotis d'établissement et d'envoi de lettre de mise en demeure sont à votre charge ainsi que les frais de poursuite et de recouvrement dans la récupération est autorisée par la loi (art. L.113-3 du code des assurances).

