



Le contrat a été conclu entre les soussignés :

ASSOCIATION EUROPÉENNE D'ÉPARGNE DE RETRAITE ET DE PRÉVOYANCE - AEERP

Association Loi 1901

4, square de l'Opéra Louis Jouvet

75009 PARIS

ci-après dénommée « **L'ASSOCIATION CONTRACTANTE** », d'une part,

et

GROUPAMA GAN VIE

Société Anonyme au capital de 1 371 100 605 € – RCS Paris 340 427 616 – APE 6511 Z

Siège social : 8-10, rue d'Astorg – 75383 Paris Cedex 08

Entreprise régie par le Code des Assurances et

soumise à l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) – 61 rue Taitbout – 75009 Paris

Les produits d'assurance de Groupama Gan Vie sont notamment distribués par Gan Assurances et sous la marque
Gan Eurocourtage via les courtiers et Gan Prévoyance

ci-après dénommé « **L'ASSUREUR** », d'autre part,

par l'intermédiaire de **COFAPE INTERNATIONAL**

« Le Rhône-Alpes » – 235 cours Lafayette – 69006 LYON.



Sommaire

Titre 1 - GÉNÉRALITÉS	3
Article 1 - <i>Objet du contrat</i>	3
Article 2 - <i>Etendue territoriale</i>	3
Article 3 - <i>Définitions</i>	3
Titre 2 - REMBOURSEMENT DES FRAIS DE SANTÉ	6
Article 4 - <i>Nature des remboursements</i>	6
Article 5 - <i>Montant des remboursements</i>	7
Article 6 - <i>Risques exclus</i>	7
Article 7 - <i>Règlement des prestations</i>	9
Titre 3 - AUTRE INDEMNITE	10
Article 8 - <i>Cure thermique</i>	10
Titre 4 – FORMULES DE GARANTIES - MONTANT DES PRESTATIONS	10
Article 9 – <i>Formules de garanties – Montant des prestations</i>	10
Titre 5 - EXÉCUTION DU CONTRAT	11
Article 10 - <i>Référence légale – Prescription</i>	11
Article 11 - <i>Date d'effet - Durée et renouvellement du contrat</i>	12
Article 12 - <i>Adhésion des membres de l'association contractante</i>	12
Article 13 - <i>Personnes garanties</i>	13
Article 14 - <i>Formules de garanties</i>	13
Article 15 - <i>Prise d'effet de l'inscription au contrat et des garanties</i>	13
Article 16 - <i>Cessation de l'adhésion et des garanties</i>	14
Article 17 – <i>Maintien des garanties en cas de départ à la retraite de l'adhérent</i>	15
Article 18 - <i>Information des adhérents</i>	16
Article 19 - <i>Réclamation - Informatique et libertés</i>	16
Article 20 – <i>Arbitrage – Juridiction</i>	17
Titre 6 - COTISATION	17
Article 21 - <i>Cotisation</i>	15
Titre 7 - RÉVISION	18
Article 22 - <i>Révision</i>	18



Titre 1 – Généralités

Article 1 - *Objet du contrat*

Le contrat d'assurance de groupe à adhésion facultative, a pour objet le versement de prestations, **au 1^{er} euro et dans la limite des frais réels**, en remboursement des frais de santé engagés par l'adhérent exerçant son activité professionnelle dans un pays étranger, hors de son pays de nationalité, en qualité d'expatrié ainsi que par ses ayants droit résidant dans le même pays étranger ci-après définis, s'ils sont inscrits au contrat.

La présente notice d'information valant conditions générales est complétée par un certificat d'adhésion prévu à l'article 12 ci-après.

Le contrat prévoit 2 formules de garanties accordant des niveaux différents de remboursement et de prestation.

Article 2 – *Etendue territoriale*

Les zones de couverture sont définies comme suit :

- Zone A : monde entier hors pays de la zone B,
- Zone B : Arabie Saoudite, Australie, Bahamas, Bahreïn, Brésil, Canada, Émirats Arabes, Hong-Kong, Israël, Italie, Japon, Liban, Nouvelle-Calédonie, Qatar, Royaume-Uni, Russie, Singapour, Suisse, USA.

Il est précisé qu'en fonction d'événements (guerre civile ou étrangère, insurrection..) qui pourraient s'y dérouler et, en tout état de cause, selon la classification des pays à risque effectuée par le ministère des affaires étrangères, l'adhésion au contrat peut être exclue pour certains pays ou zones classifiés fortement déconseillés (zone rouge) par ce ministère ou alors, soumise à l'acceptation préalable de l'assureur si le pays est classifié déconseillé pour raison impérative (zone orange) par ce ministère.

Le pays d'expatriation de l'adhérent détermine la zone de couverture dans laquelle les garanties sont acquises.

Article 3 - *Définitions*

Pour l'application du contrat, les définitions suivantes sont retenues :

Accident

Toute atteinte corporelle, non intentionnelle de la part de la personne qui en est victime provenant de l'action soudaine d'une cause extérieure. En application de l'article 1315 du code civil, il appartient à l'adhérent ou ayant droit d'apporter la preuve de l'accident et de la relation directe de cause à effet entre celui-ci et les frais engagés.

Adhérent

Membre de l'association contractante à jour de ses cotisations, présenté au contrat par Cofape International qui adhère au contrat et s'engage aux obligations correspondantes et :

- répondant aux conditions d'adhésion prévues à l'article 12,

Chacune de ces formules est référencée sous un numéro spécifique et distinct à savoir : Formule « Optimum » – n° 210/863559 et Formule « Standard » – n° 210/863560.

Le tableau figurant à l'article 9 reprend les garanties proposées dans le cadre de chaque formule.

La formule retenue par l'adhérent, applicable tant à lui-même qu'à ses ayants droit le cas échéant, est indiquée au certificat d'adhésion.

Les frais pris en compte par l'assureur, classés selon leur nature (maladie, maternité,...), sont décrits en détail à l'article 4 et au Titre 3.

Les garanties sont également acquises :

- dans le pays de nationalité de l'adhérent, en France ou dans un DROM ou COM pour les séjours ponctuels (voyages, vacances) hors de la zone géographique de couverture inférieurs à 60 jours consécutifs,
- dans les pays de la zone A lors de séjours ponctuels (voyages, vacances) inférieurs à 60 jours consécutifs pour l'adhérent et ses ayants droit qui auraient souscrit à la zone B. **En revanche, les garanties ne sont pas acquises dans les pays de la zone B pour les adhérents et leurs ayants droit ayant souscrit à la zone A.**
- dans tous les pays de la zone de couverture non souscrite pour les frais médicaux à prodiguer d'urgence, lorsqu'ils font suite à un accident ou à une maladie inopinée nécessitant une intervention chirurgicale ou un traitement médical ne pouvant pas attendre le rapatriement dans le pays de résidence et surviennent pendant un déplacement hors de la zone géographique de couverture inférieur à 60 jours consécutifs.

- exerçant une activité professionnelle dans un pays étranger en dehors de son pays de nationalité en qualité d'expatrié,

An (par an)

La mention « par an » utilisée dans le libellé des dispositions contractuelles notamment dans le tableau des garanties figurant à l'article 9 signifie « par année civile ».

Auxiliaires médicaux

Professionnels paramédicaux – à savoir principalement les infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues.

Ayant(s) droit

Sont considérés comme ayant(s) droit, sous réserve qu'ils soient inscrits au contrat et qu'ils vivent dans le pays d'expatriation de l'affilié : le conjoint, partenaire ou concubin de l'adhérent et les enfants à charge (tels que définis ci-après).

Base de remboursement (BR)

- Pour les frais engagés en France : Tarif servant de référence au régime de protection sociale français pour déterminer le montant de son remboursement. On distingue :
 - le Tarif de convention lorsque les actes sont effectués par un professionnel de santé conventionné avec l'assurance maladie obligatoire française. Il s'agit d'un tarif fixé par une convention signée entre l'assurance maladie obligatoire et les représentants de cette profession,
 - le Tarif d'autorité lorsque les actes sont effectués par un professionnel de santé non conventionné avec l'assurance maladie obligatoire française (ce qui est peu fréquent). Il s'agit d'un tarif forfaitaire qui sert de base de remboursement. Il est très inférieur au Tarif de convention.
 - le Tarif de responsabilité pour les médicaments, appareillages et autres biens médicaux.
- Pour les frais engagés à l'étranger : Tarif qui aurait servi de référence au régime de protection sociale français pour déterminer le montant de son remboursement, reconstitué sur la base du tarif de convention tel que défini ci-dessus.

Chirurgie ambulatoire

Chirurgie réalisée sans hospitalisation dans un établissement de santé (hôpital, clinique) ou en cabinet médical, le patient arrivant et repartant le même jour.

COM

Collectivités d'Outre Mer (Saint-Pierre et Miquelon, Wallis et Futuna, Saint-Barthélemy et Saint-Martin).

Concubinage

Union de fait caractérisée par une vie commune présentant un caractère de stabilité et de continuité entre deux personnes de sexe différent ou de même sexe, qui vivent en couple.

Concubin

Personne vivant en concubinage avec l'adhérent, exerçant ou non une activité professionnelle, dans la mesure où :

- l'adhérent et le concubin partagent le même domicile, un justificatif du domicile commun devant être communiqué à l'assureur,
- l'adhérent et le concubin sont libres de tout autre lien de même nature (c'est-à-dire que chacun est célibataire, veuf, divorcé et n'est pas engagé dans les liens d'un pacte civil de solidarité - PACS),
- une déclaration sur l'honneur signée par chacun des intéressés certifiant que le concubinage est notoire est adressée à l'assureur.

L'assureur se réserve la possibilité, tout au long de l'adhésion, de demander toute preuve de la situation de concubinage notamment toutes pièces libellées au nom des 2 concubins ou de chacun d'entre eux, de nature contractuelle ou émanant d'un organisme administratif, datées de moins de 3 mois et faisant mention du domicile, telles que contrat de bail, facture, relevé bancaire, avis d'imposition, permettant de justifier de l'existence du domicile commun.

En cas de concubins multiples, seul le concubin le plus âgé sera retenu. **En cas de mariage ou remariage de l'adhérent ou de conclusion d'un PACS par l'adhérent, le concubin n'est plus considéré comme ayant droit.**

Conjoint

Conjoint de l'adhérent non divorcé ni séparé de corps judiciairement, exerçant ou non une activité professionnelle.

Contractante

Association Européenne d'Épargne, de Retraite et de Prévoyance – AEERP : Personne morale qui souscrit le contrat afin d'en faire bénéficier ses adhérents et s'engage aux obligations correspondantes.

Cotisation

Somme payée par l'adhérent en contrepartie des garanties accordées par l'assureur.

Demande d'entente préalable

Avant d'engager certains types de frais de soins ou de prestations (par exemple : hospitalisation, traitements en série ou prothèses de toute nature), l'adhérent doit préalablement demander et obtenir l'accord de l'assureur pour que leur prise en charge soit effective. La demande d'entente préalable concerne également tous les actes d'un montant supérieur à 1000 euros.

DROM

Départements et Régions d'Outre Mer (Guadeloupe, Guyane, Martinique, La Réunion et Mayotte).

Enfant à charge

Enfant de l'adhérent, de son conjoint, partenaire ou concubin :

- âgé de moins de 21 ans,
- âgé de moins de 26 ans, poursuivant ses études et éventuellement inscrit à un régime de protection sociale français spécifiquement dédié aux étudiants. L'enfant est considéré à charge tant qu'il poursuit ses études, même s'il exerce temporairement (emploi saisonnier,...) ou accessoirement (travail d'appoint,...) une activité professionnelle, sous réserve qu'il justifie de ne bénéficier d'aucune couverture maladie complémentaire dans le cadre de cette activité.
- âgé de moins de 26 ans, se trouvant sous contrat d'apprentissage aux conditions prévues par le code du travail français, sous réserve qu'il justifie de ne bénéficier d'aucune couverture maladie complémentaire dans le cadre de son activité salariée,
- quel que soit son âge, s'il est atteint d'une infirmité telle qu'il ne peut se livrer à aucune activité rémunératrice et remplit les conditions de versement de l'allocation prévue par la législation française en vigueur en faveur des adultes handicapés.

Forfait journalier

Part du prix de la journée d'hospitalisation non prise en charge par la Sécurité sociale française.

Frais réels

Ce terme désigne le montant des dépenses effectivement engagées par le bénéficiaire des soins pour ses prestations de santé. Dans ce cas, ce terme est alors synonyme de « dépenses réelles ».

Hospitalisation (plus de 24 heures)

Désigne un séjour dans un établissement de santé (public ou privé) en vue du traitement médical ou chirurgical d'une maladie, d'un accident ou d'une maternité.

Maladie

Toute altération de l'état de santé constatée par une autorité médicale compétente.

Maladie inopinée

Toute altération de la santé constatée par une autorité médicale compétente, soudaine et imprévisible nécessitant l'intervention impérative d'un médecin sous 48h.

Maternité

Grossesse non pathologique, accouchement et ses suites. La maternité n'est considérée ni comme une maladie, ni comme un accident.

Nomenclature

Les nomenclatures définissent les actes, produits et prestations qui sont pris en charge par le régime obligatoire de protection sociale français et les conditions de leur remboursement. Les principales nomenclatures sont les suivantes :

- Actes réalisés par les sages-femmes et auxiliaires médicaux, ainsi que les actes cliniques (consultations, visites) des médecins et chirurgiens-dentistes : la Nomenclature Générales des Actes Professionnels,
- Actes techniques médicaux et paramédicaux (actes de chirurgie, anesthésie...): la Classification Commune des Actes Médicaux,
- Actes de biologie médicale : la Nomenclature des Actes de Biologie Médicale,
- Biens médicaux hors médicaments (appareillage...): la Liste des Produits et Prestations,
- Soins hospitaliers : les Groupes Homogènes de Séjours.

Orthodontie

Discipline médicale pratiquée par les médecins stomatologues ou les chirurgiens-dentistes.

Elle vise à corriger ou à prévenir les déformations ou les malocclusions des arcades dentaires, ainsi que les malpositions dentaires (dents qui se chevauchent, qui sortent mal, qui sont mal placées ou trop espacées...), grâce à des appareils dentaires.

Pacte civil de solidarité - PACS

Un pacte civil de solidarité est un contrat de droit français conclu par deux personnes physiques majeures, de sexe différent ou de même sexe, pour organiser leur vie commune (article 515-1 du code civil).

Partenaire

Personne liée à l'adhérent par un PACS, exerçant ou non une activité professionnelle.

Parodontologie

Les maladies parodontales sont des infections bactériennes qui affectent et détruisent les tissus qui entourent et supportent les dents (la gencive, les ligaments, l'os qui supporte les dents...). Le traitement de parodontologie vise à rétablir et à maintenir la santé de ces tissus.

Prise en charge hospitalière

Après accord préalable de l'assureur, l'adhérent (ou l'ayant droit) hospitalisé peut bénéficier de la prise en charge directe de ses frais dans les établissements hospitaliers.

Régime de protection sociale – « RO »

Pour l'adhérent lui-même : Aucun, les prestations versées au titre du présent contrat se substituant à celles du RO (intervention au 1^{er} euro pour tout adhérent).

Pour les ayants droit de l'adhérent : Aucun ou le cas échéant tout régime de protection sociale tel que Sécurité sociale ou Mutualité sociale agricole ou tout autre régime spécial légalement obligatoire de garanties sociales de salariés, et éventuellement le régime de Sécurité sociale des Travailleurs non salariés, la Caisse des Français à l'étranger – CFE ou un régime de protection sociale spécifiquement dédié aux étudiants.

Soins de ville

Ensemble des prestations de soins dispensées par des professionnels de santé en dehors des cas d'hospitalisation ou d'hébergement dans des établissements de santé ou médico-sociaux.

Il s'agit par exemple des consultations en cabinet libéral ou en centre de santé, examens en laboratoire de biologie, actes de radiologie en cabinet, soins dentaires...

Les consultations dispensées à l'hôpital en dehors des situations d'hospitalisation (également appelées consultations « en soins externes ») sont généralement considérées comme des soins de ville.

Les définitions ci-dessus ont pour but d'aider les personnes assurées par le contrat (qu'il s'agisse des adhérents eux-mêmes et/ou de leurs ayants droit inscrits au contrat) à mieux comprendre les garanties dont elles bénéficient au titre du présent contrat frais de santé. Toutefois, si l'adhérent et/ou ses ayants droit inscrits au contrat souhaitent obtenir des informations complémentaires, les organismes d'assurance maladie complémentaires réunis au sein de l'UNOCAM (Union Nationale des Organismes d'Assurance Maladie Complémentaire) ont élaboré divers documents permettant de mieux comprendre les contrats frais de santé et notamment un glossaire définissant de façon détaillée les soins et prestations effectués par les professionnels de santé, les conditions et modalités de remboursement éventuel de ces soins et prestations par le régime de protection sociale et/ou par les complémentaires santé. Ces documents peuvent être librement consultés sur le site internet de l'UNOCAM, à l'adresse suivante : <http://www.unocam.fr>

→ Titre 2 - Remboursements des frais de santé

Article 4 - Nature des remboursements

Sont remboursées toutes les dépenses d'ordre médical et chirurgical prescrites par une autorité médicale qualifiée, engagées auprès d'un praticien possédant les diplômes requis pour l'exercice de sa profession et qui sont (ou seraient) prises en charge par le régime de protection sociale français.

Pour les actes intervenant en France ou pris en charge par le régime de protection sociale français le cas échéant, les conditions requises pour la mise en œuvre des garanties sont celles définies par référence aux nomenclatures de la Sécurité sociale française.

Sous réserve qu'ils figurent dans la formule de garanties souscrite par l'adhérent, les actes pris en compte par l'assureur sont les suivants :

❶ ASSURANCE MALADIE

A - Hospitalisation

1. Hospitalisation médicale

- Frais de séjour, y compris dans un sanatorium, préventorium, centre de rééducation fonctionnelle ou établissement psychiatrique, **dans la limite de 30 jours par an dans ce dernier cas**, dans lequel le séjour est motivé par un traitement curatif et maison d'enfants à caractère sanitaire.
- Honoraires des praticiens.
- Frais de traitement de chimiothérapie ou de radiothérapie.
- Forfait journalier hospitalier en cas d'hospitalisation en France et dans les DROM et COM. La prise en charge du forfait journalier hospitalier par l'assureur se fait, en tout état de cause, par référence au(x) texte(s) en vigueur à la date de l'hospitalisation fixant le ou les montants de ce forfait journalier.
- Frais de chambre particulière de niveau standard (**à l'exclusion des frais de chambre particulière en ambulatoire**).
- Transport du malade en véhicule sanitaire terrestre (ambulance, VSL [Véhicule Sanitaire Léger], taxi agréé) si médicalement justifié et en cas d'accident uniquement, **à l'exclusion du rapatriement sanitaire**.
- Frais d'accompagnant d'un enfant hospitalisé de moins de 16 ans garanti au titre de l'adhésion. Les frais pris en compte comprennent, quelle que soit la qualité de l'accompagnant, les frais d'hébergement (lit) et de nourriture (repas) facturés par l'établissement hospitalier.

2. Hospitalisation chirurgicale – Actes et frais de chirurgie

- Frais de séjour.
- Honoraires des praticiens.

- Actes de chirurgie dispensés dans un établissement hospitalier ainsi que ceux qui concernent le traitement des traumatismes.
- Actes d'anesthésiologie.
- Actes de radiothérapie donnant lieu obligatoirement à l'établissement d'un protocole de traitement.
- Actes utilisant les radioéléments en sources non scellées.
- Interruption volontaire de grossesse.
- Frais d'assistance du médecin traitant, de pharmacie opératoire, de salle d'opération, d'examen, de fourniture de sang, plasma, oxygène, matière plâtrée.
- Transport du malade en véhicule sanitaire terrestre (ambulance, VSL [Véhicule Sanitaire Léger], taxi agréé) si médicalement justifié et en cas d'accident uniquement, **à l'exclusion du rapatriement sanitaire**.
- Frais de chambre particulière de niveau standard (**à l'exclusion des frais de chambre particulière en chirurgie ambulatoire**).
- Forfait journalier hospitalier en cas d'hospitalisation en France et dans les DROM et COM. La prise en charge du forfait journalier hospitalier par l'assureur se fait, en tout état de cause, par référence au(x) texte(s) en vigueur à la date de l'hospitalisation fixant le ou les montants de ce forfait journalier.
- Frais de séjour en établissement de repos agréé par l'autorité compétente, s'ils débutent dans les 30 jours suivant l'hospitalisation garantie.
- Frais d'accompagnant d'un enfant hospitalisé de moins de 16 ans garanti au titre de l'adhésion. Les frais pris en compte comprennent, quelle que soit la qualité de l'accompagnant, les frais d'hébergement (lit) et de nourriture (repas) facturés par l'établissement hospitalier.

B - Médecine générale - Spécialités - Analyses Orthopédie - Prothèses non dentaires

- Consultations et visites du généraliste ou du spécialiste.
- Actes de pratique médicale courante.
- Actes d'auxiliaires médicaux.
- Frais de déplacement du médecin pris en charge par l'autorité compétente.
- Frais d'analyses médicales, travaux de laboratoires.
- Actes d'électroradiologie, de neuropsychiatrie, d'obstétrique.
- Frais de prothèses (**hors prothèses dentaires**), d'orthopédie (y compris renouvellement, réparations, frais d'expédition du matériel et frais de déplacement de l'intéressé).
- Actes de petite chirurgie, à l'exception des actes dispensés dans le cadre d'une hospitalisation.
- Actes ou frais d'ostéopathie, de chiropraxie, d'acupuncture, d'homéopathie et de physiothérapie lorsque les actes considérés et le praticien qui les a effectués satisfont aux conditions définies par les dispositions législatives et/ou réglementaires en vigueur.

C - Pharmacie

- Frais pharmaceutiques sur prescription médicale pris ou qui auraient été pris en charge par le régime de protection sociale français.
- Frais de vaccins et de médicaments préventifs prescrits médicalement (obligatoires ou fortement recommandés compte tenu du pays d'expatriation).

D - Optique

- Frais de monture.
- Frais de verres.
- Frais de lentilles figurant à la nomenclature (y compris lentilles correctrices jetables)

F - Dentaire

- Frais de soins dentaires et de prothèses dentaires (**hors prothèses dentaires provisoires et prothèses sur implant**).
- Frais d'orthodontie (si le traitement débute avant l'âge de 16 ans).
- Frais de parodontologie.

② ASSURANCE MATERNITÉ

- Frais d'hospitalisation liés à l'accouchement : honoraires et frais de séjour.
- Frais de chambre particulière.
- Examens pré et post accouchement.

En outre, dans le cadre de la formule de garanties Standard, une indemnité en cas de cure thermique est également versée, dans les conditions prévues à l'article 8 ci-après.

Article 5 – Montant des remboursements

Le remboursement des frais énumérés à l'article 4 - Nature des remboursements est déterminé par l'assureur, **acte par acte et dans la limite des frais réels**.

Le montant des remboursements de l'assureur est indiqué au tableau des garanties figurant à l'article 9 dans le cadre de chaque formule, la formule retenue étant indiquée au certificat d'adhésion.

Les prestations de l'assureur sont servies au 1^{er} euro. **Toutefois, si l'adhérent et/ou ses ayants droit bénéficient d'un régime de protection sociale, les prestations prévues à l'article 9 les concernant sont versées par l'assureur en complément de celles servies par ce régime de protection sociale.**

Assurances cumulatives : Les remboursements du régime de protection sociale (pour les personnes assurées qui en bénéficient), de l'assureur et de tout autre organisme ne peuvent excéder le montant des frais réellement engagés. Les garanties complémentaires cumulatives produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit sa date de souscription.

Dans cette limite, l'adhérent ou ayant droit peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix. SOUS PEINE DE DECHEANCE, L'ADHERENT DOIT FAIRE LA DECLARATION DES ASSURANCES CUMULATIVES. CETTE OBLIGATION EST VALABLE PENDANT TOUTE LA DUREE DE L'ADHESION AU CONTRAT. La limitation des remboursements au montant des frais réellement engagés est déterminée par l'assureur pour chaque poste ou acte garanti.

Subrogation : Il est stipulé que l'assureur ne renonce pas aux droits et actions qu'il détient en vertu de l'article L121-12 du code des assurances relatif au recours subrogatoire qu'il peut exercer envers le tiers responsable. **Lorsque l'adhérent ou ayant droit est victime d'un accident de la circulation en France (impliquant un véhicule terrestre à moteur) il doit, sous peine de déchéance, déclarer à l'assureur de l'auteur de l'accident, le nom du présent assureur Complémentaire santé en tant que tiers payeur.**

Article 6 – Risques exclus

Sauf mention spéciale figurant au tableau des garanties de l'article 9, seuls sont exclus de l'assurance, dans le cadre des garanties souscrites les frais qui n'ouvrent pas droit (ou n'auraient pas ouvert droit si ce régime avait été applicable) aux prestations en nature du régime de protection sociale français au titre de l'assurance Maladie ou de l'assurance Maternité.

Toutefois, sur mention spéciale figurant au tableau des garanties de l'article 9 dans le cadre de la formule retenue, certains frais n'ouvrant pas droit aux prestations en nature du régime de protection sociale français peuvent être pris en charge par l'assureur. Les frais ne figurant pas à la nomenclature de la Sécurité sociale française ne sont pas pris en charge, sauf mention spéciale figurant au tableau des garanties de l'article 9 dans le cadre de la formule retenue.

Toutefois, les prothèses dentaires provisoires et les prothèses sur implant ne sont jamais prises en charge par l'assureur.

En outre, sont exclus de la garantie, les frais :

- relatifs à toute dépense d'ordre médical et chirurgical non prescrite par une autorité médicale qualifiée,
- occasionnés par l'usage de stupéfiants ou de psychotropes hors prescription médicale,
- relatifs aux états pathologiques consécutifs à la consommation d'alcool,
- occasionnés suite à un voyage qui a été effectué contrairement à un avis médical,
- de chambre particulière en ambulatoire (chirurgicale ou médicale),
- de transport relatifs à une prestation non garantie,

- de traitement de psychothérapie, de psychanalyse, de maladies mentales, dépressives ou nerveuses (hors séjours en établissement psychiatrique tel que prévu au tableau des garanties),
- de cures de rajeunissement, d'amaigrissement, d'engraissement,
- de soins nécessitant une entente préalable, dispensés sans entente préalable.
- d'hébergement et de traitement relatifs à :
 - un séjour en maison de repos et de convalescence si le séjour fait suite à une hospitalisation médicale,
 - un séjour en établissement de postcure ou établissement assimilé,
 - un séjour en établissement de rééducation ou d'éducation professionnelle ou établissement assimilé, en établissement d'hydrothérapie, une clinique de naturopathie ou un lieu similaire, même s'il présente les caractéristiques ou est enregistré en tant qu'hôpital,
- de soins relatifs à un traitement ou à une opération de chirurgie esthétique non consécutifs à un accident,
- non justifiés médicalement (notamment : produits pharmaceutiques non médicamenteux ou les frais jugés somptuaires, déraisonnables ou inhabituels compte tenu du pays dans lequel ils ont été engagés).

De plus les garanties ne s'appliquent pas dans les cas suivants :

- tentative de suicide intervenant au cours de la 1^{ère} année d'assurance,
- guerre civile ou étrangère, insurrection, émeutes, rixes, quel que soit le lieu où se déroulent les événements et quels que soient les protagonistes, sauf si l'adhérent n'y prend pas une part active,
- accident ou maladie résultant d'une guerre mettant en cause l'État Français,
- faits résultant des infractions à la législation du pays dans lequel séjourne l'assuré,
- les effets directs ou indirects de la modification de structure du noyau atomique,
- les conséquences de la pratique des sports énumérés ci-dessous :
 - les sports extrêmes : saut à l'élastique, spéléologie, canoë ou kayak extrême (sur torrents de classe supérieure à V, rivière de classe supérieure à II, sur mers et océans à plus de deux milles des côtes), voile (transocéanique, navigation en solitaire à plus de 20 milles d'un abri), base jump,
 - les sports de montagne : alpinisme, escalade (hors support artificiel avec sécurité), varappe, randonnée solitaire au-delà de 3000 mètres, saut à ski, bobsleigh, skeleton, ski (alpin, de fond, snowboard) et luge hors des pistes balisées ouvertes au public, rafting, canyoning,
 - les sports aériens : voltige, vol à voile, parachutisme, ULM, deltaplane, parapente, skysurfing, montgolfière,

- les sports nautiques : plongée avec bouteille dans le cadre d'une compétition sportive ou à titre de loisir par une personne non titulaire du brevet PADI ou équivalent et non accompagnée d'un professionnel, jet ski, surf en compétition, hydro speed, kitesurf,
- les sports de défense et de combat en compétition,
- les sports automobiles : pilotage d'auto, de moto ou de karting.

Cependant, les initiations à ces sports de type « baptême » lorsqu'elles sont encadrées par un professionnel ayant les diplômes et compétences requis par l'État, sont couvertes à l'exception des sports « extrêmes ».

- participation à toutes compétitions sportives et entraînements, pratique des sports dans le cadre d'un club ou d'une fédération à titre professionnel,
- les accidents de navigation aérienne sauf si l'assuré a la qualité de simple passager et se trouve à bord d'un appareil pour lequel le propriétaire et le pilote sont munis de toutes les autorisations et licences.

Sauf application des articles L113-8 et L113-9 du code des assurances français et sous réserve des exclusions énumérées ci-dessus, les garanties s'exercent sur les conséquences des infirmités ou affections médicales survenues avant la signature de la demande d'adhésion au contrat si elles ont été déclarées sur ladite demande et n'ont pas fait l'objet d'une exclusion particulière notifiée à l'assuré.

Article 7 – Règlement des prestations

Le remboursement de l'assureur intervient sur présentation des pièces originales justificatives du montant des frais réellement engagés (originaux des prescriptions médicales et des factures détaillées et acquittées) indiquant le nom de la personne soignée, le lieu où ont été exposés ces frais, ainsi que la date.

En ce qui concerne les frais engagés par les personnes garanties bénéficiant d'un régime de protection sociale :

- les bordereaux de remboursement de l'organisme concerné devront être fournis à l'assureur, accompagnés d'une pièce justificative du montant des frais réels lorsqu'ils ne sont pas indiqués sur le bordereau délivré par le régime de protection sociale.
- le remboursement de l'assureur est subordonné, pour les actes ou frais que le régime de protection sociale a refusés ou non pris en charge, à la présentation de factures détaillées et de pièces justificatives complémentaires, notamment les prescriptions médicales.

En outre, pour les prothèses dentaires, l'orthodontie et la parodontologie, le remboursement de l'assureur est en tout état de cause subordonné à la fourniture d'un devis préalable au traitement et de la note d'honoraires détaillée suite au traitement.

En ce qui concerne le remboursement des actes ou frais d'ostéopathie, de chiropraxie, d'acupuncture, d'homéopathie et de physiothérapie (à condition toutefois que les actes considérés et le praticien qui les a effectués satisfassent aux conditions définies par les dispositions législatives et/ou réglementaires en vigueur), l'intervention de l'assureur est subordonnée à la fourniture d'une facture acquittée établie sur papier à en-tête, indiquant les coordonnées du praticien qui a effectué les actes, permettant ainsi de vérifier sa qualité.

Pour les frais soumis à une demande d'entente préalable et, notamment, pour tous les actes d'un montant supérieur à 1 000 €, le formulaire d'entente préalable accepté par le médecin conseil de l'assureur devra être fourni à l'assureur. Pour les frais exposés dans un pays hors de la zone de souscription, la preuve que les frais exposés entrent bien dans l'étendue de garantie (déplacement inférieur à 60 jours, hospitalisation consécutive à un accident ou une maladie non prévisible avant le déplacement) devra être apportée à l'assureur.

Les prestations dues par l'assureur au titre du contrat sont payables en France et en euros.

→ LIMITES :

- Pour les frais engagés par les personnes garanties bénéficiant d'un régime de protection sociale français :
 - **En aucun cas, l'assureur ne peut prendre en charge les dépassements d'honoraires ne faisant pas l'objet d'une déclaration au régime de protection sociale.**
 - **En ce qui concerne les actes pour lesquels le dépassement d'honoraires n'est pas autorisé, l'assureur établit son remboursement en fonction de la base de remboursement retenue par le régime de protection sociale pour calculer sa prestation.**
 - **La prestation de l'assureur pour les actes médicaux et d'hospitalisation engagés lors d'une cure thermale prise en charge par le régime de protection sociale est limitée au montant du ticket modérateur.**

L'assureur se réserve la possibilité d'effectuer des contrôles, voire des expertises médicales notamment pour les frais dentaires, ou de demander toutes autres justifications qui lui paraîtraient nécessaires. Toute pièce justificative complémentaire à caractère médical réclamée par le médecin conseil ou le chirurgien-dentiste consultant de l'assureur devra lui être adressée par l'adhérent ou ayant droit sous pli confidentiel.

Si un adhérent ou un ayant droit bénéficiaire de traitements ou actes dentaires refuse de transmettre au chirurgien-dentiste consultant de l'assureur les justificatifs qu'il réclame ou refuse de se soumettre à l'expertise médicale demandée par l'assureur, celui-ci pourra refuser la mise en jeu de la garantie et le versement de ses prestations en remboursement des frais considérés.

Les demandes de remboursement de frais de santé doivent parvenir à l'assureur au plus tard dans les 12 mois qui suivent la date des soins.

L'adhérent ou ayant droit qui, intentionnellement, fournit de faux renseignements ou use de documents faux ou dénaturés à l'occasion d'une demande de règlement, perd tout droit aux garanties pour la demande de règlement en cause.

→ PRISE EN CHARGE HOSPITALIÈRE

En cas d'hospitalisation en France, l'assureur peut délivrer, pour certains établissements, une prise en charge hospitalière. Dans ce cas, il règle directement à l'établissement, le montant des frais restant à la charge de l'adhérent ou à la charge de ses ayants droit inscrits au contrat, au-delà des prestations normalement servies par le régime de protection sociale le cas échéant, à **l'exclusion de tout dépassement d'honoraires et des frais accessoires (suppléments éventuels pour boissons, téléphone, etc) et, à hauteur des garanties souscrites.**



Titre 3 - Autre indemnité

Article 8 - Cure thermale

Dans le cadre de la formule Standard, l'assureur verse, pour chaque cure thermale prise ou qui aurait été prise en charge par le régime de protection sociale, une indemnité sur présentation de justificatifs de frais engagés. Le montant de cette indemnité est fixé à l'article 9.



Titre 4 – Formules de garanties - Montant des prestations

Article 9 – Formules de garanties - Montant des prestations

Les prestations versées par l'assureur dans le cadre de la formule retenue par l'adhérent, tant pour lui-même que pour l'ensemble de ses ayants droit inscrits au contrat, sont indiquées dans le tableau ci-après.

Les prestations sont versées dès le 1^{er} euro.

Toutefois, si la personne assurée bénéficie d'un régime de protection sociale, les prestations sont versées par l'assureur en complément de celles servies par ce régime de protection sociale.

Les prestations prévues dans le tableau ci-après, cumulées le cas échéant à celles servies par le régime de protection sociale, sont limitées en tout état de cause aux frais réellement engagés par l'adhérent ou par ses ayants droit.

Tableau des garanties

SIGNIFICATION DES ABRÉVIATIONS

FR : Frais réellement engagés par l'adhérent ou ayant droit assuré (étant rappelé que si la personne assurée bénéficie d'un régime de protection sociale, les prestations sont versées par l'assureur sous déduction du remboursement dudit régime).

PMSS : Salaire plafond mensuel de la Sécurité sociale en vigueur lors de l'événement ouvrant droit aux prestations. Il est fixé à 3 170 euros pour l'année 2015 et évolue chaque année. Ainsi, au 1^{er} janvier 2015, 1 % du PMSS est égal à 31,70 euros. Le montant du PMSS peut être consulté sur le site de la Sécurité sociale www.securite-sociale.fr, Rubrique La Sécurité sociale en chiffres – Principaux barèmes.

RO : Régime obligatoire de protection sociale français.

BR : Base de remboursement du régime de protection sociale français, telle que définie à l'article 3, cette base de remboursement étant reconstituée sur la base du tarif de convention lorsque les frais sont engagés à l'étranger.

DÉSIGNATION DES ACTES	MONTANT DES PRESTATIONS		
	Formule « OPTIMUM » (n°210/863559)	Formule « STANDARD » (n°210/863560)	
	Frais engagés en France ou à l'étranger	Frais engagés en France	Frais engagés à l'étranger
❶ ASSURANCE MALADIE			
HOSPITALISATION (*) MEDICALE OU CHIRURGICALE – ACTES ET FRAIS DE CHIRURGIE			
Honoraires et frais de séjour (dans la limite de 30 jours par an en psychiatrie) – Médecine ambulatoire hospitalière	100 % FR	200 % BR	400 % BR
Forfait hospitalier en cas d'hospitalisation en France et dans les DROM et COM (par référence à la législation fixant son ou ses montants à la date de l'hospitalisation)	100 % FR	100 % FR	100 % FR
Chambre particulière de niveau standard (hors ambulatoire)	100 % FR limités à 100 € par jour	2,50 % PMSS par jour	2,50 % PMSS par jour
Frais d'accompagnant en cas d'hospitalisation d'un enfant âgé de moins de 16 ans garanti au titre de l'adhésion	100 % FR limités à 50 € par jour (avec un maximum de 10 jours par hospitalisation)	Non garanti	Non garanti
Frais de transport en véhicule sanitaire terrestre jusqu'au centre de soins approprié le plus proche (si médicalement justifiés et en cas d'accident uniquement)	100 % FR	200 % BR	400 % BR
REMBOURSEMENT MAXIMUM POUR L'ENSEMBLE DU POSTE HOSPITALISATION	300 000 € par personne garantie et par an		
(*) Les frais annexes (téléphone télévision, etc.) ne sont en aucun cas pris en charge par l'assureur			
MEDICINE GENERALE – SPECIALITES – ANALYSES MEDICALES – ORTHOPEDIE – PROTHESES NON DENTAIRES		100 % des FR limités à :	
Consultations/Visites médicales de généralistes spécialistes et professeurs (hors dentistes)	100 % FR limités à 130 € par acte	200 % BR	400 % BR
Prescriptions et actes de spécialités (Auxiliaires médicaux - Biologie médicale - Analyses et travaux de laboratoires - Radiologie - Imagerie médicale - Petite chirurgie)	100 % FR	200 % BR	400 % BR
Petit et grand appareillage - Prothèses médicales, orthopédiques et auditives	90 % FR limités à 460 € par personne assurée et par an	200 % BR	400 % BR
Frais d'ostéopathie, de chiropraxie, d'acupuncture, d'homéopathie et de physiothérapie	100 % FR limités à 130 € par acte (avec un maximum de 10 séances, toutes médecines confondues, par personne assurée et par an)	Non garanti	Non garanti

DÉSIGNATION DES ACTES	MONTANT DES PRESTATIONS		
	Formule « OPTIMUM » (n°210/863559)	Formule « STANDARD » (n°210/863560)	
	Frais engagés en France ou à l'étranger	Frais engagés en France	Frais engagés à l'étranger
1 ASSURANCE MALADIE - Suite...			
PHARMACIE			
Frais pharmaceutiques prescrits médicalement qui auraient été pris en charge par le RO	100 % FR	200 % BR	400 % BR
Frais de vaccins et de médicament préventifs prescrits médicalement (obligatoires ou fortement recommandés compte tenu du pays d'expatriation) :			
- qui auraient été pris en charge par le RO	100 % FR	200 % BR	400 % BR
- qui n'auraient pas été pris en charge par le RO	100 % FR	Non garanti	Non garanti
OPTIQUE			
Monture	100 % des FR limités à 160 € par personne garantie et par an	100 % des FR limités à 4 % PMSS par personne garantie et par an	
Verres (la paire)	400 € par personne garantie et par an	4 % PMSS par personne garantie et par an	
Lentilles référencées à la nomenclature qui auraient été prises en charge ou non par le RO (y compris lentilles correctrices jetables)	150 € par personne garantie et par an	4 % PMSS par personne garantie et par an	
DENTAIRE			
Consultations – Soins dentaires et conservateurs – Parodontologie et Prothèses dentaires (à l'exclusion des prothèses dentaires provisoires et des prothèses sur implant)	100 % des FR limités à 460 € par dent avec un maximum de 2 300 € par personne garantie et par an	100 % des FR limités à 200 % BR	
Orthodontie (si le traitement débute avant l'âge de 16 ans) pendant 3 ans au maximum	920 € par enfant garanti et par an	200 % BR	
2 ASSURANCE MATERNITE			
Frais d'accouchement (honoraires et frais de séjour)	Frais engagés en France ou à l'étranger 100 % des FR limités à - 5 000 € pour les accouchements en zone A - 10 000 € pour les accouchements en zone B	Frais engagés en France 200 % BR	Frais engagés à l'étranger 400 % BR
Examens pré et post accouchement	Pris en charge au titre du poste MEDECINE GENERALE 100 € par jour	200 % BR	400 % BR
Chambre particulière de niveau standard		2,50 % PMSS par jour	2,50 % PMSS par jour
3 AUTRE INDEMNITE		Frais engagés en France ou à l'étranger	
Indemnité en cas de cure thermale (qui aurait été prise en charge par le RO), par cure	Non garanti	10 % PMSS	

→ Titre 5 – Exécution du contrat

Article 10 – Référence légale - Prescription

Le contrat d'assurance de groupe à adhésion facultative est régi par le code des assurances et notamment ses articles L.141-1 et suivants.

Il relève de la branche 2 (Maladie) de l'article R. 321-1 du code des assurances.

Les déclarations de la contractante et de l'adhérent servent de base à l'application des garanties.

Prescription : En application de l'article L.114-1 du code des assurances, toute action dérivant du contrat est prescrite par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

- 1) en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, 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.

En application de l'article L.114-2 du code des assurances, la prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de celle-ci. Elles sont énumérées aux articles 2240 et suivants du code civil. Il s'agit notamment de :

- la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel on prescrit (article 2240 du code civil),

- une demande en justice, même en référé, jusqu'à l'extinction de l'instance. Il en est de même lorsque la demande en justice est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure (articles 2241 et 2242 du code civil). L'interruption est non avenue si le demandeur se désiste de sa demande ou laisse périmer l'instance, ou si sa demande est définitivement rejetée (article 2243 du code civil),

- un acte d'exécution forcée ou une mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles d'exécution (article 2244 du code civil).

La prescription est également interrompue par :

- la désignation d'experts à la suite d'une demande de prestation,
- l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par l'assureur à l'adhérent en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation et par l'adhérent ou le bénéficiaire à l'assureur en ce qui concerne le règlement de la prestation.

Renonciation : En application de l'article L.112-9 du code des assurances, l'adhérent a la faculté de renoncer à son adhésion au contrat par lettre recommandée avec demande d'avis de réception pendant un délai de 14 jours calendaires révolus à compter de la date de l'envoi de son certificat d'adhésion au contrat, sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités.

Cette renonciation doit reproduire le texte suivant : « Je soussigné(e) _____ déclare renoncer expressément à mon adhésion au contrat Complémentaire santé ° 210/863559 (ou 210/863560) et demande le remboursement de la cotisation versée dans les conditions définies par l'article L.112-9 du code des assurances. »

L'exercice du droit de renonciation dans le délai prévu au premier alinéa entraîne la résiliation de l'adhésion au contrat à compter de la date de réception de la lettre recommandée mentionnée au même alinéa par l'assureur.

Article 11 – Date d'effet - Durée – Renouvellement du contrat

Le contrat conclu entre l'association et l'assureur a pris effet le 1^{er} juillet 2014. Il se renouvelle par tacite reconduction le 1^{er} janvier de chaque année pour des périodes successives d'un an, sauf dénonciation, par l'une des parties, notifiée par lettre recommandée adressée deux mois au moins avant chaque date de renouvellement.

Le contrat peut être modifié, en cours d'exercice, à effet du 1^{er} jour d'un mois civil, d'un commun accord entre l'assureur et l'association contractante.

Article 12 - Adhésion des membres de l'association contractante

1) ADHÉSION

L'adhésion au contrat est réservée aux membres de l'association contractante tels que définis à l'article 3, exerçant une activité professionnelle dans un pays étranger en dehors de leur pays de nationalité en qualité d'expatrié, demandant à adhérer au contrat.

2) CONDITIONS D'ADHÉSION

Pour adhérer au contrat le membre de l'association contractante défini ci-dessus doit remplir une demande d'adhésion comportant notamment une autorisation de prélèvement et un questionnaire de santé, par laquelle il fournit les renseignements concernant la formule de garanties demandée et les personnes à garantir au titre de l'adhésion.

Il doit en parallèle fournir à COFAPE International :

- son code IBAN pour le versement des prestations et le prélèvement des cotisations le cas échéant,
- le cas échéant, l'attestation d'assuré social de chaque personne assurée au titre de l'adhésion au contrat,
- une copie d'une pièce d'identité (carte d'identité ou passeport) en cours de validité,
- et éventuellement un justificatif de domicile de moins de 3 mois notamment en cas de concubinage.

L'adhésion est subordonnée à l'acceptation médicale de l'assureur, celui-ci se réservant le droit de demander des formalités médicales complémentaires en fonction des réponses faites au questionnaire de santé.

Dès lors que l'adhérent a connaissance d'un sinistre mettant en jeu la garantie du contrat, il ne peut plus exercer son droit de renonciation. En cas de renonciation, l'adhérent ne peut être tenu qu'au paiement de la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque a couru, cette période étant calculée jusqu'à la date de résiliation. L'assureur est tenu de lui rembourser le solde au plus tard dans les 30 jours suivant la date de résiliation.

Toutefois, l'intégralité de la cotisation reste due à l'assureur si le droit de renonciation est exercé alors qu'un sinistre mettant en jeu la garantie du contrat et dont l'adhérent n'a pas eu connaissance est intervenu pendant le délai de renonciation.

Les modifications convenues entre l'association contractante et l'assureur donneront lieu à l'émission par l'assureur d'un avenant au contrat.

Dans ce cas, l'adhérent sera préalablement informé, dans les conditions de l'article 18, des changements modifiant ses droits et obligations au titre du contrat.

Si la personne à assurer présente un risque aggravé, l'assureur peut être amené soit à l'accepter mais à des conditions particulières, soit à la refuser.

En outre, l'assureur se réserve le droit de refuser l'adhésion de toute personne exerçant une profession présentant un caractère dangereux ou très spécifique.

La personne dont l'adhésion au contrat est acceptée est ci-après dénommée « adhérent ».

L'adhésion est constatée par l'émission d'un certificat d'adhésion au contrat qui complète la présente notice d'information valant conditions générales. Le certificat d'adhésion indique notamment la date d'effet de l'adhésion, la catégorie « Isolé/Famille » retenue et dans ce dernier cas les ayants droit inscrits à l'adhésion, la formule de garanties souscrite, la zone de couverture correspondant au pays d'expatriation et le taux de cotisation.

3) DATE D'EFFET, DURÉE ET RENOUVELLEMENT DE L'ADHÉSION

L'adhésion prend effet à la date indiquée sur le certificat d'adhésion. Sous réserve des dispositions prévues aux articles 21 et 22, l'adhésion :

- est souscrite pour une période se terminant le 31 décembre de l'année au cours de laquelle elle a pris effet,
- **se renouvelle ensuite par tacite reconduction le 1^{er} janvier de chaque année pour des périodes successives d'un an, sauf dénonciation, par l'une des parties, notifiée par lettre recommandée adressée deux mois au moins avant chaque date de renouvellement.**

Elle prend fin en cas de résiliation exprimée conformément aux dispositions prévues ci-dessus ainsi qu'à celles de l'article 16 et de l'article 21 le cas échéant.

Article 13 - Personnes garanties

Selon le choix de l'adhérent et sous réserve du paiement des cotisations correspondantes, les garanties du contrat sont accordées :

- à l'adhérent seul à l'exclusion de ses ayants droit, celui-ci étant rattaché à la catégorie "Isolé",
- à l'adhérent et à ses ayants droit, tels qu'ils sont définis à l'article 3, l'ensemble de ces personnes assurées étant rattaché à la catégorie "Famille".

Article 14 - Formules de garanties

Le contrat Complémentaire santé prévoit 2 formules de garanties. Chaque adhérent souscrit la formule de son choix. **La formule de garanties retenue est applicable tant pour l'adhérent lui-même que pour ses ayants droit inscrits au contrat.**

Ce choix doit être effectué par chaque adhérent lors de son adhésion au contrat et doit être indiqué sur le bulletin individuel d'affiliation complété et signé par l'adhérent.

Ultérieurement, après deux années consécutives d'adhésion à une même formule, l'adhérent conserve la possibilité de changer de formule de garanties, tant pour lui-même que pour ses ayants droit inscrits au contrat :

- à effet du 1^{er} janvier de chaque année sous réserve d'en faire la demande à l'assureur 2 mois au moins avant cette date.
- en cas de changement de situation de famille (mariage, conclusion d'un PACS, concubinage, divorce, rupture du PACS ou cessation du concubinage, décès du conjoint, partenaire du PACS ou concubin, naissance d'enfant...) **sous réserve de déclarer ce changement de situation de famille et d'indiquer à l'assureur la nouvelle formule de garanties retenue dans un délai de 2 mois suivant la date du changement de situation de famille.**

Article 15 - Prise d'effet de l'inscription au contrat et des garanties

1) PRISE D'EFFET DE L'INSCRIPTION AU CONTRAT

En ce qui concerne l'adhérent, l'inscription prend effet sous réserve de l'acceptation médicale de l'assureur et du paiement des cotisations, à la même date que l'adhésion au contrat.

L'inscription des ayants droit prend effet, sous réserve d'un rattachement à la catégorie "Famille", de l'acceptation médicale de l'assureur et du paiement des cotisations :

En outre, en cours d'adhésion, les droits et obligations de l'adhérent peuvent être modifiés par des avenants au contrat conclus entre l'association contractante et l'assureur. L'adhérent sera dans ce cas informé des modifications, trois mois au moins avant la date prévue pour leur entrée en vigueur.

L'adhérent choisit son rattachement à l'une ou l'autre de ces catégories Isolé/Famille et peut demander à changer son rattachement dans les conditions définies au paragraphe 3) de l'article 15 ci-après.

Pour être garantis les ayants droit doivent se soumettre aux formalités médicales dans les conditions prévues au paragraphe 2) de l'article 12.

Par dérogation à ce qui précède, les enfants de l'adhérent nés postérieurement à son adhésion au contrat sont admis sans formalités médicales sous réserve qu'ils soient déclarés à l'assureur dans un délai de 30 jours suivant leur date de naissance.

Pour toute demande de modification, l'adhérent doit compléter et signer un nouveau bulletin fourni par l'assureur sur lequel il indique la nouvelle formule de garanties, et le cas échéant la modification de sa situation de famille.

En tout état de cause, dans tous les cas, l'adhérent et l'ensemble de ses ayants droit inscrits au contrat doivent bénéficier de la même formule de garanties.

Si les délais de 2 mois ci-dessus ne sont pas respectés ou si le nouveau choix exprimé par l'adhérent est irrecevable, l'adhérent et ses ayants droit inscrits au contrat continueront à bénéficier de la formule de garanties précédemment retenue.

En cas d'augmentation des garanties, l'adhérent et ses ayants droit le cas échéant devront accomplir de nouvelles formalités médicales.

Toute modification de la formule de garanties donnera lieu à l'établissement d'un nouveau certificat d'adhésion au contrat.

- à la même date que l'adhésion au contrat de l'adhérent lui-même, lorsque l'adhérent demande l'inscription des intéressés concomitamment à sa propre adhésion au contrat,

- immédiatement lorsque l'inscription des ayants droit intervient postérieurement à celle de l'adhésion au contrat :

- en cas de modification de la situation matrimoniale de l'adhérent (mariage, conclusion d'un PACS...),

- en cas de naissance d'enfant(s), **sous réserve dans ces deux derniers cas, que cette modification ait été portée à la connaissance de l'assureur dans un délai de deux mois suivant la date de la modification ou de la naissance,**
- au 1^{er} janvier suivant dans les autres cas ou lorsque le délai de deux mois précité n'aura pas été respecté

2) PRISE D'EFFET DES GARANTIES

Les garanties prennent effet pour chaque adhérent et ses ayants droit à la date d'adhésion au contrat et/ou d'inscription à celle-ci, telles que prévues ci-dessus, sous réserve de l'application des délais d'attente suivants :

- 10 mois pour les frais liés à la maternité (grossesse, accouchement),
- 6 mois pour les frais de soins dentaires, de prothèses dentaires et d'orthodontie et pour les frais d'optique,
- 3 mois pour tous les autres frais (ce délai est supprimé si les frais engagés sont consécutifs à un accident ou à une maladie inopinée tel(le) que défini(e) à l'article 3).

En outre, les délais d'attente prévus ci-dessus ne sont pas appliqués lorsque l'adhésion fait suite (résiliation inférieure à un mois) à un contrat antérieur offrant des garanties au moins équivalentes, à l'exclusion des frais liés à la maternité.

Il est précisé que l'assureur ne prend en charge, tant pour l'adhérent que pour ses ayants droit, que les dépenses réalisées au titre d'actes prescrits à compter de la date d'effet des garanties.

3) CHANGEMENT DE FORMULE DE GARANTIES OU DE CATÉGORIE OU DE ZONE DE COUVERTURE

• Changement de formule de garanties :

L'adhérent peut demander en cours d'adhésion à changer sa formule de garanties à effet du 1^{er} janvier d'un exercice ou à la date de modification de sa situation de famille, dans les conditions prévues à l'article 14. En outre, la modification de la formule de garanties ne peut intervenir qu'après 2 années consécutives d'adhésion à une même formule.

A l'appui de sa demande, l'adhérent doit remplir une nouvelle demande d'adhésion et doit fournir à l'assureur, en cas de majoration des garanties, tant pour lui-même que pour chacun de ses ayants droit inscrits au contrat, un nouveau questionnaire médical au vu duquel l'assureur pourra demander des examens médicaux complémentaires.

L'assureur se réserve le droit de refuser les demandes de majorations de garanties.

Si l'adhésion à la nouvelle formule de garanties est acceptée par l'assureur, les garanties de cette formule prendront effet :

- en cas de baisse de garanties : au 1^{er} janvier ou au 1^{er} jour du mois suivant la date de modification de la situation de famille de l'adhérent,
- en cas d'augmentation de garanties : à l'expiration des délais de carence prévus ci-avant, les seules garanties de la formule standard étant accordées avant absorption de ces délais de carence.

• Changement de catégorie :

L'adhérent peut demander en cours d'adhésion à changer son rattachement à la catégorie "Isolé" ou "Famille".

A l'appui de sa demande, l'adhérent doit remplir une nouvelle demande d'adhésion et doit fournir à l'assureur, en cas de souscription à la catégorie « Famille », pour chacun de ses ayants droit à inscrire au contrat, un questionnaire médical au vu duquel l'assureur pourra demander des examens médicaux complémentaires.

En cas de demande de souscription à la catégorie « Famille », l'assureur se réserve le droit de refuser le changement de catégorie.

Si l'adhésion à la nouvelle catégorie est acceptée par l'assureur, ce changement prendra effet de la façon suivante :

- au 1^{er} jour du mois civil suivant la date de modification de la situation de famille de l'adhérent (mariage ou divorce, conclusion ou rupture d'un PACS, début ou fin d'une situation de vie en concubinage, naissance d'enfant, fin des études ou de l'apprentissage d'un enfant, etc...), **sous réserve que cette modification ait été portée à la connaissance de l'assureur dans un délai de deux mois suivant la date de la modification,**
- au 1^{er} janvier suivant dans les autres cas ou lorsque le délai de deux mois précité n'aura pas été respecté.

En cas de demande de souscription à la catégorie « Famille », les délais d'attente prévus au paragraphe 2) ci-avant sont appliqués pour les ayants droit, à partir de la date d'effet de la nouvelle catégorie.

• Changement de zone géographique :

L'adhérent doit informer l'assureur de tout changement de zone géographique au moins 1 mois avant la date effective du changement. Le cas échéant, la nouvelle tarification lui est applicable le 1^{er} jour du mois civil qui suit la date de modification.

Article 16 - Cessation de l'adhésion et des garanties

1) CESSATION DE L'ADHÉSION

Une fois admis au contrat, l'adhérent ne peut en être exclu contre son gré tant qu'il fait partie du groupe assuré, sauf en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte faite de mauvaise foi et à la condition que les cotisations soient réglées.

L'adhésion au contrat cesse pour chaque adhérent :

- à la date de résiliation du contrat,

- au 31 décembre de l'année au cours de laquelle il aura demandé la cessation de son adhésion au contrat, **sous réserve que la résiliation ait été notifiée à l'assureur par lettre recommandée adressée deux mois au moins avant cette date,**
- à la date à laquelle il cesse d'être membre de l'association contractante, cette dernière devant en aviser l'assureur dans un délai d'un mois,
- à la date à laquelle il cesse d'exercer son activité professionnelle dans un pays étranger en qualité d'expatrié,

- lors du retour définitif de l'adhérent dans son pays de nationalité,
- à la date de liquidation de la pension de son régime de retraite de base, y compris pour inaptitude au travail. À cette date, si l'adhérent en fait la demande expresse à l'assureur dans un délai maximum de six mois, il pourra demander à bénéficier des dispositions de l'article 17 ci-après,
- dans les conditions prévues au 3 de l'article 21 si les cotisations le concernant ne sont pas réglées,
- au plus tard, au 65^{ème} anniversaire de l'adhérent. À cette date, si l'adhérent en fait la demande expresse à l'assureur dans un délai maximum de six mois, il pourra demander à bénéficier des dispositions de l'article 17 ci-après.

Toutefois, à la date de résiliation du contrat ou à la date de liquidation de la pension de son régime de retraite de base, sauf application des dispositions de l'article 17 ci-après, l'assureur proposera à l'adhérent un contrat de maintien individuel de garanties, moyennant le paiement de la cotisation indiquée par l'assureur.

2) CESSATION DES GARANTIES

Les garanties du contrat prennent fin pour chaque adhérent et ses ayants droit à la date de la cessation de l'adhésion, telle qu'elle est prévue ci-dessus.

Il est précisé que les garanties cessent en tout état de cause pour l'ensemble des ayants droit de l'adhérent inscrits à l'adhésion au contrat :

- lorsque l'adhérent n'est plus inscrit en catégorie "Famille",

Article 17 – Maintien des garanties en cas de départ à la retraite de l'adhérent

Les garanties du contrat peuvent être maintenues à l'adhérent retraité ou âgé de 65 ans ou à l'adhérent dont le conjoint, partenaire ou concubin est retraité ou âgé de 65 ans sous réserve du paiement des cotisations correspondantes à l'assureur.

Les garanties maintenues aux intéressés, ainsi qu'à leurs ayants droit, sont celles dont ils bénéficiaient à la date de départ à la retraite au titre de la Formule « STANDARD » ou « OPTIMUM » prévue au contrat. Ultérieurement, l'adhérent conserve la possibilité de changer de formule de garanties et/ou de zone de couverture dans les conditions prévues à l'article 14 et au paragraphe 3) de l'article 15 ci-avant.

Les garanties précitées leur sont accordées sous le numéro spécifique 210/863561 (en ce qui concerne la formule « STANDARD ») ou 210/863562 (en ce qui concerne la formule « OPTIMUM »).

CONDITIONS DU MAINTIEN DES GARANTIES : Les garanties sont maintenues aux adhérents précités inscrits au contrat à la date de départ à la retraite ou de leur 65^{ème} anniversaire, à condition que :

- la demande en soit faite à l'assureur dans les 6 mois suivant la date de départ à la retraite ou le 65^{ème} anniversaire,
- les cotisations correspondantes soient payées.

Dans ces conditions, les garanties précitées prennent effet dès la date du départ à la retraite ou dès la date du 65^{ème} anniversaire.

- à la date de cessation du paiement des cotisations les concernant dans les conditions prévues au paragraphe 3) de l'article 21,
- à la date de cessation de l'adhésion au contrat de l'adhérent.

En outre, les garanties cessent :

- **Pour le conjoint** : à la date du jugement définitif en cas de divorce ou de séparation judiciaire,
- ou **pour le partenaire** : à la date de rupture du PACS,
- ou **pour le concubin** : à la date à laquelle cesse le concubinage.
- **Pour les enfants** : Dès qu'ils cessent d'être à charge au sens du contrat et, **au plus tard**, à la fin de l'année au cours de laquelle ils atteignent leur 21^e anniversaire ou leur 26^e anniversaire s'ils poursuivent leurs études ou s'ils sont en contrat d'apprentissage. Toutefois, les enfants handicapés continuent à être garantis tant qu'ils bénéficient des allocations légales d'adultes handicapés.

Il est précisé que les garanties cessent en tout état de cause à la date de liquidation de la pension du régime de retraite de base du conjoint, partenaire ou concubin, y compris pour inaptitude au travail et, au plus tard à son 65^{ème} anniversaire. À cette date, si l'adhérent en fait la demande expresse à l'assureur dans un délai maximum de six mois, l'adhérent pourra demander à bénéficier des dispositions de l'article 17 ci-après.

Il est précisé que l'assureur ne prend en charge, tant pour l'adhérent que pour ses ayants droit, que les dépenses réalisées antérieurement à la date de cessation des garanties.

Ce maintien des garanties sera constaté par l'émission d'un nouveau certificat d'adhésion qui complète la présente notice d'information valant conditions générales indiquant notamment :

- la date d'effet de l'adhésion au contrat n°210/863561 (formule Standard) ou n°210/863562 (formule Optimum),
- la catégorie « Isolé/Famille » retenue et dans ce dernier cas les ayants droit inscrits à l'adhésion,
- la formule de garanties,
- la zone de couverture correspondant au pays d'expatriation,
- le taux de cotisation correspondant.

DUREE DU MAINTIEN DES GARANTIES : Les garanties sont maintenues dans les conditions suivantes :

- **Pour les adhérents retraités** : leur vie durant,
- **Pour les ayants droit** : tant que l'adhérent est inscrit au contrat et, en tout état de cause, tant que les intéressés répondent aux définitions de l'article 3.

Le maintien des garanties cesse tant pour l'adhérent que pour ses ayants droit :

- le jour de la reprise du travail par l'adhérent retraité (ou le conjoint, partenaire ou concubin retraité) – quelle que soit la durée de cette reprise,
- le jour où l'adhérent non retraité cesse d'exercer son activité professionnelle dans un pays étranger en qualité d'expatrié,

- au 31 décembre de l'année au cours de laquelle l'adhérent aura demandé la cessation de son adhésion au contrat, **sous réserve que la résiliation ait été notifiée à l'assureur par lettre recommandée adressée deux mois au moins avant cette date**,
- à la date à laquelle l'adhérent cesse d'être membre de l'association contractante, cette dernière devant en aviser l'assureur dans un délai d'un mois,
- lors du retour définitif de l'adhérent dans son pays de nationalité,

- dans les conditions prévues au 3 de l'article 21 si les cotisations cessent d'être versées,
- à la date de résiliation du contrat. A cette date, l'assureur proposera à l'adhérent un contrat de maintien individuel de garanties, moyennant le paiement de la cotisation indiquée par l'assureur.

Article 18 - Information des adhérents

La présente notice d'information valant conditions générales est établie par l'assureur et est remise à l'adhérent avec le certificat d'adhésion prévu à l'article 12. Il incombe à l'association contractante d'informer par écrit les adhérents des modifications éventuelles qui seraient apportées à leurs droits et obligations, conformément à l'article L141-4 du code des assurances, 3 mois au minimum avant la date prévue pour leur entrée en vigueur.

D'un commun accord entre l'assureur et l'association contractante, il est convenu que cette dernière donne mandat à l'assureur pour établir et adresser cette information.

Article 19 - Réclamation – Informatique et libertés

1) RÉCLAMATION

Pour toute demande d'information ou toute réclamation (désaccord, mécontentement) relative au contrat, il est recommandé de consulter d'abord COFAPE International ou de s'adresser au service de l'assureur en charge des relations avec sa clientèle à l'adresse suivante :

- par courrier postal au : Service des relations avec les consommateurs - Immeuble Michelet - 4-8 cours Michelet - 92082 La Défense Cedex,
- ou par courriel : src-collectives@ggvie.fr.

Si cette demande n'est pas satisfaite, la réclamation peut être adressée au service « réclamations » de l'assureur à l'adresse suivante :

- par courrier postal : Groupama Gan Vie Service réclamations - 160 avenue Charles de Gaulle - TSA 41269 - 91426 MORANGIS Cedex,
- par courriel à l'adresse suivante : service.reclamations@ggvie.fr.

L'assureur s'engage à accuser réception de la réclamation dans un délai maximum de 10 jours ouvrables. Celle-ci sera traitée dans les deux mois au plus. Si tel n'est pas le cas, le demandeur en sera informé.

En dernier lieu, sans préjudice de son droit de saisir éventuellement la justice, l'adhérent pourra recourir au Médiateur de l'assureur en lui écrivant 5/7 rue du Centre - 93199 Noisy le Grand.

2) INFORMATIQUE ET LIBERTÉS

Protection des données personnelles : Les données personnelles concernant les adhérents et les ayants droit sont traitées dans le respect de la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée.

Leur traitement est nécessaire à la gestion de leur adhésion et de leurs garanties. À l'exception des données de santé, elles sont destinées à COFAPE International, aux services de l'assureur et à ses délégataires, mandataires, prestataires ou sous-traitants, aux réassureurs et organismes professionnels et administratifs dans le cadre d'obligations légales.

Elles peuvent être par ailleurs utilisées à des fins d'évaluation et acceptation des risques, de contrôle interne (surveillance du portefeuille) et dans le cadre des dispositions légales notamment concernant la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme.

Dans le cadre de la lutte contre la fraude à l'assurance, les données personnelles peuvent être transmises à des organismes professionnels de lutte contre la fraude ainsi qu'à des enquêteurs certifiés.

L'adhérent dispose, en justifiant de son identité, d'un droit d'accès, de rectification, de suppression et d'opposition, sans frais, en s'adressant par courrier postal à COFAPE International ou à l'assureur, à Groupama Gan Vie – Direction des Affaires Générales - Correspondant Informatique et Libertés - Immeuble Michelet - 4-8 Cours Michelet - 92082 La Défense cedex.

Recueil et traitement des données de santé : L'adhérent ou l'ayant droit accepte expressément le recueil et le traitement des données concernant sa santé. Nécessaires à la gestion des garanties, ces données sont traitées dans le respect des règles de confidentialité médicale. Elles sont exclusivement destinées au médecin conseil de l'assureur et à son service médical ou aux personnes internes ou externes habilitées (notamment experts médicaux).

En cas d'utilisation de la carte vitale, la personne assurée autorise le professionnel de santé à adresser à l'assureur un relevé d'information pour permettre la mise en œuvre des prestations du contrat.

Elle autorise également l'échange d'information avec son régime obligatoire de protection sociale à la seule fin du traitement des prestations.

L'adhérent et l'ayant droit disposent d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition aux informations les concernant en s'adressant par courrier postal accompagné de la photocopie d'une pièce d'identité au médecin conseil de l'assureur.

Enregistrement des appels téléphoniques : L'adhérent et ses ayants droit peuvent être amenés à téléphoner à l'assureur pour lui demander tous types de renseignements.

L'assureur informe l'adhérent et ses ayants droit que leurs appels téléphoniques peuvent être enregistrés afin de s'assurer de la bonne exécution des prestations à leur égard et plus généralement faire progresser la qualité de service.

Ces enregistrements sont destinés aux seuls services de l'assureur en charge de l'appel considéré.

Si un adhérent ou un ayant droit a été enregistré et souhaite écouter l'enregistrement d'un entretien, il peut en faire la demande par courrier adressé au Service des

Article 20 - Arbitrage – Juridiction

Le contrat étant souscrit de bonne foi, les parties s'engagent en cas de désaccord à ne recourir en justice qu'après avoir tenté une conciliation.

relations avec les consommateurs de l'assureur dont l'adresse est indiquée ci-dessus.

Il lui sera délivré, sans frais, copie de l'enregistrement téléphonique ou retranscription du contenu de la conversation. Le délai prévu pour exercer cette demande sera d'un mois maximum à compter de l'enregistrement.

Transfert des données personnelles des adhérents et/ou ayants droit dans un pays étranger :

Dans le cadre de l'exécution de l'adhésion au contrat et conformément aux finalités convenues, des données à caractère personnel concernant les adhérents et/ou ayants droit peuvent faire l'objet d'un transfert dans un pays de l'Union Européenne ou hors Union Européenne, ce dont les adhérents et ayants droit sont informés par les présentes dispositions et qu'ils autorisent de manière expresse.

Les adhérents déclarent se soumettre à la juridiction des tribunaux français et renoncent à toute procédure dans tout autre pays.

→ Titre 6 - Cotisation

Article 21 - Cotisation

1) FIXATION ET PAIEMENT

Les garanties de l'adhésion sont accordées moyennant le paiement d'une cotisation annuelle fixée pour chaque adhérent en pourcentage du salaire plafond annuel de la Sécurité sociale.

La cotisation est déterminée en fonction :

- de la qualité de l'adhérent (en activité ou retraité) ou le cas échéant de celle de son conjoint, partenaire ou concubin (retraité) et dès lors que l'un d'entre eux est retraité ou âgé d'au moins 65 ans, en fonction de l'âge (calculé par différence de millésime) de la personne garantie la plus âgée à chaque de renouvellement annuel de l'adhésion (tarif à l'âge atteint),
- des personnes assurées (adhérent seul ou adhérent avec ayants droit),
- de la formule de garanties retenue (formule OPTIMUM ou STANDARD)
- de la zone de couverture (Zone A ou B).

Elle est payable par trimestre, à terme échu, en France et en euros.

En conséquence, la cotisation est exprimée dans le certificat d'adhésion en pourcentage du salaire plafond trimestriel de la Sécurité Sociale en vigueur.

En cas d'adhésion ou de sortie intervenant en cours de trimestre, un prorata sera calculé.

Toute taxe ou imposition qui deviendrait applicable au contrat et dont la récupération ne serait pas interdite, serait mise à la charge de l'adhérent et payable en même temps que la cotisation.

2) AJUSTEMENT ANNUEL

La cotisation afférente aux garanties du contrat est révisée au 1^{er} janvier de chaque année en fonction du taux d'accroissement annuel de la consommation médicale des comptes nationaux de la santé et des résultats techniques (rapport « sinistres à cotisations ») du contrat ou du groupe de contrats auquel il appartient.

À compter du jour où il a contractuellement connaissance d'une majoration des taux de cotisation, l'adhérent aura la possibilité de résilier son adhésion au contrat dans un délai de 30 jours.

À cet effet, l'adhérent adressera une lettre recommandée à l'assureur. Un mois après l'envoi de cette lettre, l'adhésion au contrat sera résiliée.

3) DÉFAUT DE PAIEMENT DE LA COTISATION PAR L'ADHÉRENT

En application des dispositions de l'article L.141-3 du code des assurances, l'association contractante doit, au plus tôt dix jours après la date d'échéance d'une cotisation impayée, adresser à l'adhérent une lettre recommandée de mise en demeure. D'un commun accord entre l'assureur et l'association contractante, il est convenu que cette dernière donne mandat à l'assureur pour établir et adresser cette lettre recommandée.

La lettre stipulera qu'à l'issue d'un délai de 40 jours à compter de l'envoi de cette lettre, l'adhérent est exclu du contrat d'assurance en raison du non-paiement des cotisations.

Par ailleurs, l'assureur se réserve le droit de poursuivre l'exécution des cotisations impayées conformément aux dispositions de l'article L.113-3 du code des assurances.

→ Titre 7 - Révision

Article 22 - Révision

Les garanties sont définies en prenant en considération la réglementation actuelle du régime de protection sociale français.

Si ultérieurement une nouvelle réglementation ou des dispositions prises par l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie en application des dispositions législatives ou réglementaires alors en vigueur entraîne(nt) une modification des engagements de l'association contractante, des adhérents et de l'assureur, l'assureur :

- fera application des dispositions de l'avant dernier alinéa de l'article L.112-3 du code des assurances

ou

- procédera à l'ajustement de la cotisation.

Dans ce dernier cas, si l'adhérent ne donne pas suite à la proposition de l'assureur ou refuse expressément la nouvelle cotisation, l'assureur peut résilier son adhésion au contrat, 10 jours après notification par lettre recommandée.

L'assureur se réserve aussi la faculté d'établir son remboursement en référence à la législation en vigueur lors de la souscription de l'adhésion au contrat.

Par ailleurs, l'assureur pourra éventuellement procéder, si les résultats du régime devenaient déficitaires, à une révision tarifaire ou à une diminution des garanties.

Dans ce cas, l'adhérent en serait informé au moins 3 mois avant le renouvellement de son adhésion au contrat.



Groupama Gan Vie

Société Anonyme au capital de 1 371 100 605 € – RCS Paris 340 427 616 – APE 6511 Z

Siège social : 8-10, rue d'Astorg – 75383 Paris Cedex 08 – Tél. : 01.44.56.77.77

Entreprise régie par le code des assurances et soumise à l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) – 61 rue Taitbout – 75009 Paris
Les produits d'assurance de Groupama Gan Vie sont notamment distribués par Gan Assurances et sous la marque Gan Eurocourtage via les courtiers et Gan Prévoyance

Article 1. Constitution – Dénomination

Il est fondé entre les adhérents aux présents statuts une Association régie par la loi du 1^{er} juillet 1901 et le décret du 16 août 1901 ayant pour titre :

« ASSOCIATION EUROPEENNE D'EPARGNE
DE RETRAITE ET DE PREVOYANCE »
« AEEP »

Article 2. Objet de l'Association

Son objet est de développer un esprit de solidarité et de prévoyance entre ses membres, personnes physiques ou personnes morales. A cette fin, l'Association réalisera toutes études et mènera toutes réflexions utiles afin d'informer ses adhérents sur les régimes de retraite, de prévoyance, de santé ou de perte d'emploi.

Elle aura notamment pour objet de promouvoir le développement de la prévoyance complémentaire, de la retraite complémentaire, et de la santé auprès des membres salariés, ou non salariés des professions non agricoles, ainsi que des anciens salariés ou non salariés retraités ou licenciés, en regroupant ces personnes pour leur permettre de bénéficier de contrats d'assurance de groupe définis par les articles L141-1 à L141-6 du code des assurances et par l'article L222-3 du code de la mutualité.

Elle conclura les conventions avec des organismes habilités pour faire bénéficier ses membres de garanties collectives ou individuelles de retraite et/ou de prévoyance et/ou de santé et/ou de perte d'emploi, ainsi que des garanties d'assistances, des services complémentaires et tous autres services entrant dans l'objet de l'Association.

Article 3. Siège

Le siège est fixé au 4 Square de l'Opéra Louis Jouvet - 75009 Paris.
Il pourra être transféré sur simple décision du Conseil d'administration.

Article 4. Durée de l'Association

La durée de l'Association est illimitée.

Article 5. Composition de l'Association

L'Association comprend un membre fondateur, des membres actifs et des membres honoraires.

- Est membre fondateur Ban Eurocourtage Vie (ex Cofassur Vie).
 - Sont membres actifs les personnes qui adhèrent aux contrats d'assurance de groupe souscrits par l'Association. L'admission à l'Association, et par voie de conséquence aux bénéfices des contrats groupe, ne devient effective qu'après paiement conjoint du droit d'entrée et cotisations annuelles éventuels dus au titre de contrat d'assurance de groupe auquel adhère le membre.
 - Sont membres honoraires les personnes désignées par le Conseil d'administration pour avoir rendu service à l'Association.
- Le patrimoine de l'Association répond seul des engagements contractés par elle, sans qu'aucun des membres de cette Association, même ceux qui participent à son administration, puisse être tenu personnellement.

Article 6. Démission – Radiation

La qualité de membre se perd par :

- a) la démission,
- b) le décès d'un membre actif,
- c) la radiation prononcée par le Conseil d'administration pour non paiement de la cotisation ou pour motif grave, l'intéressé ayant été invité par lettre recommandée à se présenter devant le bureau pour fournir des explications,
- d) la perte pour les membres actifs du bénéfice des conventions définies à l'article 2.

La perte de la qualité de membre entraîne la cessation immédiate des fonctions exercées au sein de l'Association.

Article 7. Ressources de l'Association

Les ressources de l'Association se composent :

- du droit d'entrée éventuel fixé par le Conseil d'administration,
- des cotisations annuelles perçues auprès des membres adhérents dans les conditions précisées par le règlement intérieur et dont le montant est fixé par le Conseil d'administration,
- de toutes subventions versées pour permettre à l'Association d'exercer son activité conformément aux présents statuts,
- des produits des fonds placés,
- ainsi que de toutes autres ressources non interdites par la loi et les règlements en vigueur.

Article 8. Administration de l'Association

L'Association est administrée par un Conseil d'administration de cinq (5) membres au moins et de neuf (9) membres au plus.

Le Conseil d'administration est toujours composé pour plus de la moitié de membres indépendants quel que soit le nombre d'administrateurs. Ceux-ci sont définis comme ne détenant ou n'ayant déposé au cours des deux années précédant leur désignation aucun intérêt ni aucun mandat dans l'organisme d'assurance signataire du contrat d'assurance de groupe, et ne recevant ou n'ayant reçu au cours de la même période aucune rétribution de cet organisme.

Les membres du Conseil d'administration sont élus par l'Assemblée Générale pour une durée de 3 ans. Tout membre sortant est rééligible.

Peuvent être candidats les membres de l'Association ou les personnalités externes à l'Association reconnues pour leur compétence.

En cas de vacance pour décès, démission ou autre cause d'un ou plusieurs administrateurs, ceux-ci peuvent être provisoirement remplacés par le Conseil jusqu'à la prochaine Assemblée Générale qui procède à l'élection définitive. Les administrateurs ainsi élus ne demeurent en fonction que pendant le temps qui restait à courir du mandat de leur prédécesseur.

Article 9. Bureau du Conseil d'administration

Le Conseil d'administration élit, parmi ses membres et pour la durée de leur mandat d'administrateur, un Bureau composé :

- d'un Président, et s'il y a lieu d'un Vice-président,
- d'un Secrétaire,
- d'un Trésorier,
- et, le cas échéant, d'un Conseiller Technique.

Le Bureau se réunit chaque fois que nécessaire sur convocation du Président. Il exécute les décisions du Conseil d'administration et assure l'expédition des affaires courantes.

Article 10. Réunions du Conseil d'administration

Le Conseil d'administration se réunit sur convocation de son Président ou sur la demande du quart de ses membres et au minimum une fois tous les ans. Les décisions sont prises à la majorité des voix des membres présents ou représentés. En cas de partage des voix, la voix du Président est prépondérante. Tout membre qui, sans excuse, n'aura pas assisté à trois séances consécutives, sera considéré comme démissionnaire.

Un administrateur peut se faire représenter à une séance du conseil uniquement par un autre administrateur. Chaque administrateur ne peut disposer au cours d'une même séance que d'un pouvoir en sus de sa voix. Il est établi un procès-verbal de chaque réunion qui est approuvé par le Conseil d'administration lors de la prochaine séance. Il est tenu registre des délibérations du Conseil d'administration dont les procès verbaux sont signés du Président et du Secrétaire. Les copies ou extraits de ces procès verbaux sont signés par le Président ou par un administrateur mandaté à cet effet.

Les membres du Conseil d'administration et les membres du bureau ne peuvent recevoir aucune rétribution à raison des fonctions qui leur sont confiées. Ils peuvent recevoir cependant une indemnité de temps passé dont le montant sera soumis à l'approbation de l'Assemblée générale ainsi que le remboursement des frais exposés pour l'exercice de leur mandat.

Article 11. Pouvoirs du Conseil d'administration et de son Président

Le Conseil d'administration est investi des pouvoirs les plus étendus pour faire ou autoriser tous actes et opérations permis à l'Association et qui ne sont pas réservés à l'Assemblée Générale. Il fixe notamment les taux et les montants du droit d'entrée et des cotisations prévus à l'article 7.

Il établit un rapport annuel sur le fonctionnement du ou des contrats d'assurance de groupe souscrits par l'Association. Ce rapport est présenté à l'Assemblée Générale annuelle et tenu à la disposition des adhérents. Le Conseil d'administration élit son Président parmi ses membres. Le Président représente l'Association dans tous les actes de la vie civile. Il ordonne les dépenses. Il peut, pour un acte précis, déléguer ses pouvoirs à un ou plusieurs mandataires de son choix. Il a qualité pour ester en justice au nom de l'Association. Toutefois, en cas de représentation en justice, le Président ne peut être remplacé que par un mandataire agissant en vertu d'une procuration spéciale. Il est chargé d'exécuter les décisions du conseil.

Article 12. Assemblée Générale Ordinaire

12.1 COMPOSITION

Les membres adhérents actifs sont membres de droit de l'Assemblée et disposent d'un droit de vote à l'Assemblée générale.

Chaque adhérent dispose d'une voix. Les adhérents peuvent exercer ce droit de vote à l'Assemblée Générale en donnant mandat à leur conjoint, ou à un autre membre de cette même Assemblée.

Les mandataires peuvent remettre les pouvoirs qui leur ont été donnés à d'autres mandataires ou adhérents. Le nombre de pouvoirs dont un même adhérent peut disposer ne peut excéder 5 % des droits de vote.

12.2 RÉUNIONS - QUORUM

L'Assemblée Générale Ordinaire se réunit au moins une fois par an sur convocation du Président du Conseil d'administration.

Le Conseil d'administration décide du lieu où se tiendra l'Assemblée Générale.

Les convocations sont individuelles, adressées au moins 30 jours avant la date de l'Assemblée par voie postale ou électronique. La convocation mentionne l'ordre du jour et contient les projets de résolution.

Le Conseil d'administration peut décider que les adhérents peuvent voter par correspondance ou par tout autre moyen permettant d'assurer l'authenticité du vote et le contrôle de l'identité des votants.

Un quorum de 1 000 adhérents ou 1/30^{ème} des adhérents présents ou représentés ou ayant fait usage du vote par correspondance si celui-ci est prévu pour la consultation est requis sur première convocation. Si ce quorum n'est pas atteint, une deuxième Assemblée est convoquée et délibère valablement sans aucune condition de quorum.

Tout membre de l'Association peut proposer une résolution à l'Assemblée générale par lettre recommandée avec avis de réception adressée au président du Conseil d'administration.

Le Conseil d'administration doit présenter au vote de l'Assemblée Générale les projets de résolution qui lui sont communiqués par le dixième des adhérents au moins ou par cent adhérents si le dixième est supérieur à cent. Ces projets de résolution doivent être communiqués 60 jours avant la date fixée pour la tenue de l'Assemblée.

Le conseil d'administration peut décider que les adhérents puissent voter à distance, par correspondance ou par tout autre moyen permettant d'assurer l'authenticité du vote et le contrôle de l'identité des votants.

Les décisions sont adoptées à la majorité des voix présentes ou représentées. Le procès-verbal de chaque Assemblée, faisant état du nombre des membres présents ou représentés, est inscrit sur un registre et signé par le Président et un membre du bureau.

12.3 POUVOIRS

L'Assemblée Générale Ordinaire examine les questions inscrites par le Conseil d'administration à l'ordre du jour, entend le rapport du Conseil d'administration sur la situation morale de l'Association et examine les résultats du compte de gestion administrative.

Elle prend connaissance des observations faites par les membres et des réponses données.

Elle reçoit les informations détaillées sur l'évolution technique et financière des différentes conventions souscrites.

Elle statue sur les comptes de l'exercice clos au 31 décembre précédent et sur le rapport moral.

Elle procède le cas échéant à l'élection des membres du Conseil d'administration.

Elle autorise la signature d'avenants aux contrats d'assurance de groupe souscrits par l'Association. Elle peut toutefois déléguer au Conseil d'administration, par une ou plusieurs résolutions et pour une durée qui ne peut excéder dix-huit mois, le pouvoir de signer un ou plusieurs avenants dans des matières que la résolution définit. Le Conseil d'administration exerce ce pouvoir dans la limite de la délégation donnée par l'Assemblée Générale, et en cas de signature d'un ou plusieurs avenants il en fait rapport à la plus proche Assemblée.

12.4 DÉLIBÉRATIONS DES ASSEMBLÉES

Les délibérations des Assemblées sont constatées par des procès verbaux, signés par le Président du Conseil d'administration ou par un administrateur mandaté à cet effet, et inscrits sur un registre spécial. Ils peuvent être consultés sur rendez-vous au siège de l'Association et obtenus sur simple demande écrite auprès de l'Association.

Article 13. Assemblée Générale Extraordinaire

L'Assemblée générale peut être convoquée extraordinairement soit par le Conseil d'administration, soit par 10 % des adhérents.

Seule l'Assemblée générale extraordinaire peut modifier les statuts sur proposition du Conseil d'administration.

Elle peut également décider de la dissolution de l'Association.

L'Assemblée générale ne peut valablement délibérer que si au moins mille adhérents ou un trentième des adhérents sont présents ou représentés ou ont fait usage de la faculté de vote par correspondance si celle-ci est prévue pour la consultation. Si ce quorum n'est pas atteint lors de la première convocation, une seconde Assemblée est convoquée et délibère alors valablement, quel que soit le nombre de membres présents ou représentés ou ayant fait usage de la faculté de vote par correspondance si celle-ci est prévue pour la consultation.

Les délibérations doivent être prises à la majorité des deux tiers des voix des membres présents ou représentés ou ayant fait usage de la faculté de vote par correspondance si celle-ci est prévue pour la consultation.

Article 14. Règlement intérieur

Le bureau du Conseil d'administration pourra s'il juge nécessaire, arrêter le texte d'un règlement intérieur ayant pour objet de préciser et compléter les règles de fonctionnement de l'Association.

Ce règlement devra être approuvé par le Conseil d'administration, sans avoir à être soumis à l'approbation de l'Assemblée générale ordinaire. Il pourra être modifié par délibération du Conseil d'administration.

Article 15. Dissolution

La dissolution de l'Association ne peut être prononcée que par l'Assemblée générale convoquée spécialement à cet effet.

En cas de dissolution, l'Assemblée générale, délibérant dans les conditions définies à l'article 13, désigne un ou plusieurs liquidateurs chargés des opérations de liquidation. Le conseil se prononce sur la dévolution de l'actif net, après reprise des apports, conformément à l'article 9 de la loi du 1^{er} juillet 1901 et de son décret d'application du 16 août 1901.

Article 16. Formalités

Le Conseil d'administration par l'intermédiaire de son Président remplira les formalités de déclaration et de publication prescrites par la loi du 1^{er} juillet 1901 et par le décret du 16 août 1901. A cet effet, tous pouvoirs sont conférés au Président ou au mandataire désigné par lui.

Le Président, ou son mandataire, fera connaître dans les trois mois à la préfecture du département du siège social tous les changements intervenus dans l'administration de l'Association, ainsi que toutes les modifications apportées aux statuts de celle-ci.

Il veillera à la tenue du registre spécial sur lequel sont consignées les modifications statutaires et les changements de dirigeants.