

Sommaire

Chapitre 1. DISPOSITIONS GENERALES	2
Article 1.1. PREAMBULE.....	2
Article 1.2. OBJET DU CONTRAT	2
Article 1.3. TERRITORIALITÉ.....	2
1.3.1. Lieu de résidence.....	2
1.3.2. Territorialité des garanties :.....	2
Article 1.4. RESILIATION DU CONTRAT	2
Article 1.5. BASES LEGALES	3
1.5.1. Prescription.....	3
1.5.2. Informatique et Libertés.....	3
1.5.3. Réclamation –Médiation.....	3
Article 1.6. BENEFICIAIRES.....	3
Chapitre 2. ADHESION	4
Article 2.1. CARACTERE FACULTATIF	4
Article 2.2. MODALITES D'ADHESION.....	4
Article 2.3. EFFET ET RENOUELEMENT DE L' ADHESION.....	4
Article 2.4. MODIFICATION DU CONTRAT	4
Article 2.5. RESILIATION DE L' ADHESION.....	4
2.5.1. Résiliation par l'adhérent.....	4
2.5.2. Résiliation par l'assureur ou le gestionnaire.....	4
2.5.3. Effets de la résiliation.....	4
Article 2.6. NULLITE DE L'ADHESION	4
Article 2.7. OBLIGATIONS DE L' ADHERENT	5
2.7.1. Responsabilité de l'adhérent.....	5
2.7.2. Cartes de Tiers Payant.....	5
Article 2.8. Conclusion de l'adhésion à distance.....	5
Chapitre 3. AFFILIATION DES ASSURES	5
Article 3.1. MODALITES D' AFFILIATION DES ASSURES	5
Article 3.2. DEBUT DES GARANTIES A L' EGARD DE CHAQUE ASSURE	5
Article 3.3. FIN DES GARANTIES A L' EGARD DE CHAQUE ASSURE	5
Chapitre 4. GARANTIES ET PRESTATIONS	6
Article 4.1. TERMINOLOGIE	6
Article 4.2. OBJET DES GARANTIES	6
4.2.1. Actes non conventionnés.....	6
4.2.2. Forfait journalier.....	6
4.2.3. Frais de séjour.....	6
4.2.4. Chambre particulière.....	6
4.2.5. Maternité.....	6
4.2.6. Cure thermale.....	7
4.2.7. Dentaire.....	7
4.2.8. Optique.....	7
Article 4.3. OUVERTURE DU DROIT AUX PRESTATIONS	7
Article 4.4. REGLEMENT DES PRESTATIONS.....	7
Article 4.5. PLURALITE D'ASSUREURS.....	7
Article 4.6. CONTRÔLE.....	7
Article 4.7. SUBROGATION	7
Chapitre 5. COTISATIONS.....	7
Article 5.1. DETERMINATION DES TAUX DE COTISATIONS	7
Article 5.2. DETERMINATION DES FRAIS DE GESTION.....	7
Article 5.3. ASSIETTE DES COTISATIONS.....	8
Article 5.4. MODALITES DE PAIEMENT	8

Article 5.5. NON PAIEMENT DES COTISATIONS PAR L'ADHERENT.....	8
Article 5.6. INDEXATION ET MAJORATION DES COTISATIONS	8
Article 5.7. REVISION DES COTISATIONS.....	8

Chapitre 1. DISPOSITIONS GENERALES

Article 1.1. PREAMBULE

Dans le texte ci-après, le terme :

- « **souscripteur** » : désigne l'A.R.E.P.I.L., souscripteur du contrat
- « **assureur** » : désigne l'organisme désigné à l'article 1 du Certificat d'Adhésion ;
- « **adhérent** » : désigne le travailleur non-salarié répondant, selon son statut précisé au Certificat d'Adhésion, à l'une des définitions suivantes :
 - **Indépendant** : désigne le **commerçant ou l'artisan en nom propre, affilié en Prévoyance** (décès – arrêt de travail) **au RSI**, membre de l'A.R.E.P.I.L., et « **affilié/assuré** » au contrat, après acceptation de l'assureur
 - **Libéral** : désigne le Travailleur non salarié exerçant en nom propre ou en société, **affilié en Prévoyance** (décès – arrêt de travail) **à une caisse CIPAV, CRN, CAVEC, CAVAMAC, CAVOM ou CNBF**, membre de l' A.R.E.P.I.L., et « **affilié/assuré** » au contrat, après acceptation de l'assureur
- « **gestionnaire** » : désigne CIPRÉS, mandaté par le souscripteur pour la conception et la souscription du contrat, et par l'assureur pour la gestion de celui-ci
- « **certificat d'adhésion** » : désigne les conditions particulières retenues par l'adhérent dans le cadre de l'adhésion au présent contrat
- « **régime obligatoire** » : désigne le régime obligatoire français auquel est affilié l'assuré

Article 1.2. OBJET DU CONTRAT

Le présent contrat a pour objet la mise en œuvre de la garantie « Remboursement des frais de santé » en complément du régime obligatoire, souscrite en faveur de l'ensemble des assurés répondant aux conditions d'admission du chapitre « ADHESION ET AFFILIATION », dans la limite des garanties et du niveau choisi par l'adhérent.

Article 1.3. TERRITORIALITÉ

1.3.1. Lieu de résidence

Sont admissibles aux garanties du contrat, les assurés, personnes physiques **résidant fiscalement en France et domiciliés en France métropolitaine ou à la Réunion.**

1.3.2. Territorialité des garanties :

- Les garanties s'appliquent pour les soins ou traitements pratiqués en France métropolitaine et à la Réunion.
- Les soins et traitements pratiqués à l'étranger ne sont pas pris en charge par l'assureur sauf lorsqu'ils ont dû être exécutés à l'étranger en cas d'urgence **au cours d'un séjour ou voyage de moins de 3 mois** consécutifs en quelque pays que ce soit. En tout état de cause, cette prise en charge ne peut intervenir que dans la mesure où le régime Obligatoire a lui-même pris en charge les frais considérés et selon la codification qu'il a appliquée.
- Les garanties du contrat s'appliquent aux assurés qui travaillent en France mais résident dans un pays frontalier à la France, affiliés au régime obligatoire, pour les soins pratiqués dans leur pays de résidence. **Ces soins sont alors pris en charge sur la base des barèmes qui ont servis de base au remboursement du régime obligatoire français.**

Article 1.4. RESILIATION DU CONTRAT

En cas de résiliation du contrat par l'assureur ou le souscripteur, le souscripteur a la possibilité de transférer toutes les adhésions en cours à la date d'effet de la résiliation du contrat auprès d'un nouvel assureur, à garanties et conditions strictement identiques. Dans ce cas, les adhésions en cours à la date d'effet de la résiliation du

contrat continuant à produire leurs effets.

Aucune nouvelle adhésion sur ce contrat n'est possible au-delà de la date d'effet de la résiliation du contrat.

Article 1.5. BASES LEGALES

Le contrat d'assurance de groupe est régi par le Code des assurances.

L'assureur et le gestionnaire sont contrôlés par l'autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) – 61 rue Taitbout – 75009 PARIS. Les déclarations de l'adhérent et des assurés servent de base aux garanties du contrat.

Ce contrat satisfait aux conditions exigées par les Pouvoirs publics pour répondre à la définition de :

- **“contrat solidaire”**

Par “contrat solidaire,” on entend un contrat frais de santé dont les cotisations ne sont pas fixées en fonction de l'état de santé de l'affilié et pour lequel l'affiliation des salariés n'est soumise à aucune formalité médicale.

- **“contrat responsable” (applicable uniquement sur le certificat d'adhésion déductible Madelin)**

Par “contrat responsable”, on entend un contrat frais de santé qui répond à l'ensemble des conditions mentionnées à l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale et les textes publiés ultérieurement pas les Pouvoirs Publics pour l'application dudit article.

En cas d'évolution législative ou réglementaire, le présent contrat sera automatiquement adapté par l'assureur afin de rester en conformité avec le droit français.

1.5.1. Prescription

Article L. 114-1 du Code des assurances : « Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites 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. Quand l'action de l'assuré contre l'assureur a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'assuré ou a été indemnisé par ce dernier. La prescription est portée à dix ans dans les contrats d'assurance sur la vie lorsque le bénéficiaire est une personne distincte du souscripteur et, dans les contrats d'assurance contre les accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'assuré décédé. Pour les contrats d'assurance sur la vie, notwithstanding les dispositions du 2°, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès de l'assuré. »

Article L. 114-2 du Code des assurances : « La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par l'assureur à l'assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'assuré à l'assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité. »

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription sont énumérées aux articles 2240 et suivants du Code Civil. Il s'agit notamment de :

- la reconnaissance par le débiteur du droit du poursuivant (article 2240 du Code Civil)
- la citation en justice, même en référé. Il en est de même lorsqu'elle 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 (article 2241 du Code Civil) ;
- l'interruption résultant de la demande en justice jusqu'à l'extinction de l'instance (article 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 (article 2244 du Code Civil)

Article L. 114-3 du Code des assurances : «Par dérogation à l'article 2254 du Code Civil, les parties au contrat d'assurance ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci ».

1.5.2. Informatique et Libertés

Les informations concernant l'assuré sont utilisées conformément à la loi «Informatique et Libertés» du 6 janvier 1978 telle que modifiée par la loi 2004-801 du 6 août 2004. Elles sont exclusivement communiquées aux services de l'assureur et, le cas échéant, aux mandataires de ce dernier, aux réassureurs ou organismes professionnels concernés par le contrat.

L'assuré peut accéder aux informations le concernant et demander de procéder aux rectifications nécessaires et à leur suppression auprès du :

« Service Clients CIPRÉS »

37, rue Anatole France - 92532 LEVALLOIS PERRET CEDEX
e-mail : contact@cipres.fr

1.5.3. Réclamation – Médiation

En cas de difficulté dans l'application des dispositions du contrat, l'Adhérent peut s'adresser au Gestionnaire qui l'aidera à rechercher une solution, auprès du :

« Service traitements des réclamations CIPRÉS »

37, rue Anatole France - 92532 LEVALLOIS PERRET CEDEX
e-mail : reclamation@cipres.fr

Si un accord n'est pas ainsi trouvé, l'Adhérent pourra demander un avis au médiateur. Le médiateur, personnalité extérieure à Ciprés Assurances, rend son avis en toute indépendance.

Les modalités de la saisine du médiateur sont adressées sur simple demande auprès du Service de traitement des réclamations dont l'adresse figure ci-dessus.

En cas de désaccord persistant, le recours à une action en justice reste toujours possible. Toutes contestations éventuelles à défaut d'accord amiable sont de la compétence des tribunaux civils français.

Article 1.6. BENEFICIAIRES

Au titre du contrat, le terme «bénéficiaire» recouvre indifféremment, sous réserve du paiement de la cotisation correspondante :

- l'assuré lui-même,
- le **conjoint** non divorcé et non séparé de corps judiciairement, ou la **personne liée par un Pacte civil de solidarité** (PACS : contrat conclu par deux personnes physiques majeures pour organiser leur vie commune au sens de l'article 515-1 du Code Civil), ou la **personne vivant en concubinage** avec l'assuré sous réserve que l'assuré et son concubin soient libres de tout lien matrimonial c'est à dire célibataires, veufs ou divorcés, et n'aient pas conclu de PACS (le concubinage est une union de fait caractérisée par une vie commune présentant un caractère de stabilité et de continuité entre deux personnes physiques majeures qui vivent en couple),bénéficiant d'un régime obligatoire français (Régime général ou Régime TNS), du fait de l'adhésion de l'assuré ou d'une adhésion personnelle.

- les **enfants** de l'assuré, de son conjoint, à défaut de son partenaire de PACS ou de son concubin tels que définis précédemment, sous réserve :

D'une part :

1. Qu'ils soient âgés de moins de 18 ans,
2. Qu'ils soient âgés de moins de 28 ans sous réserve d'une des conditions suivantes :
 - Qu'ils poursuivent leurs études et ne disposent pas de ressources propres provenant d'une activité salariée, sauf emplois occasionnels ou saisonniers durant leurs études ou emploi dont la rémunération mensuelle est supérieure à 65% du SMIC
 - Qu'ils suivent une formation en alternance ou se trouvent sous contrat d'apprentissage
 - Qu'ils soient inscrits au Pôle emploi comme primo demandeur d'emploi ou effectuent un stage préalablement à l'exercice d'un premier emploi rémunéré
3. Quel que soit leur âge, qu'ils bénéficient d'une allocation prévue par la législation sociale en faveur des Handicapés ou qu'ils soient titulaires de la carte d'invalidité prévue par l'article L. 241-3 du Code de l'Action Sociale et des Familles, sous réserve que l'invalidité ait été reconnue avant leur 18^{ème} anniversaire ou leur 28^{ème} anniversaire s'ils poursuivent des études.

Et d'autre part (dans tous les cas 1, 2 ou 3 ci-dessus) qu'ils bénéficient d'un régime obligatoire français (Régime général ou Régime TNS) du fait de l'affiliation de l'assuré, de son conjoint,

de son partenaire de PACS, de son concubin ou d'une affiliation personnelle.

Chapitre 2. ADHESION

Article 2.1. CARACTERE FACULTATIF

Le souscripteur déclare l'adhésion **facultative** au sens de l'article 3 de la loi 89.1009 du 31 décembre 1989.

Le présent contrat s'applique aux membres du souscripteur qui y ont adhéré et qui sont, à la date d'adhésion âgés de moins de 67 ans et en activité professionnelle effective.

Article 2.2. MODALITES D'ADHESION

L'adhésion au contrat se fait en complétant une Demande d'Adhésion (DA), remise à l'assureur.

L'adhérent doit également satisfaire aux modalités d'affiliations précisées à l'article 3.1 des présentes conditions générales.

L'adhésion définitive ne pourra avoir lieu qu'après accomplissement de toutes les formalités demandées par l'assureur. **Seuls les documents enregistrés par l'assureur font foi.**

Au moment de son adhésion, l'adhérent choisit un niveau de garanties parmi ceux qui lui sont proposés. Le niveau choisi est indiqué au Certificat d'Adhésion.

Afin de respecter la législation relative aux contrats responsables fixée à l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale, et ses textes d'application, l'adhésion se fera par l'intermédiaire de deux Certificats d'Adhésion distincts :

- **L'un regroupant des garanties responsables, déductibles au titre de la Loi Madelin du 11 février 1994,**
- **L'autre proposant des garanties supérieures aux plafonds des contrats responsables, en complément des garanties responsables, non éligible au dispositif Madelin.**

Le cas échéant, l'adhérent peut demander à ne souscrire que les garanties responsables éligibles à la déductibilité.

L'adhérent pourra s'il le souhaite adhérer par la suite aux garanties non responsables.

S'il effectue sa demande dans les 3 mois suivant l'adhésion aux garanties responsables, la date de prise d'effet des garanties non responsables sera la même que celle des garanties responsables.

S'il effectue sa demande plus de 3 mois après son adhésion aux garanties responsables, la date de prise d'effet des garanties non responsables sera le 1er jour du mois qui suit la demande.

Au cas où l'adhérent aurait souscrit aux garanties responsables et non responsables, il pourra éventuellement résilier les garanties non responsables dans les conditions prévues à l'article 3.1.

Le type de cotisation est : « Isolé (ou assuré sans ayant droit) – Duo (un assuré avec un ayant droit) – Famille (assuré avec ayant(s) droit) ».

L'affiliation des ayants droit prend effet, sous réserve d'une inscription dans la catégorie « Famille » ou « Duo », à la même date que pour l'assuré, ou lors de la modification de situation de famille (mariage, conclusion d'un PACS, naissance d'enfants, ...) sous réserve que cette modification ait été portée à la connaissance de l'assureur.

Article 2.3. EFFET ET RENOUVELLEMENT DE L'ADHESION

L'adhésion prend effet à la date indiquée au Certificat d'Adhésion sous réserve du paiement de la 1^{ère} cotisation.

Elle est renouvelable au 1^{er} janvier de chaque année par tacite reconduction pour une durée de 1 an, sauf dénonciation par l'adhérent ou l'assureur, ou résiliation du contrat.

Article 2.4. MODIFICATION DU CONTRAT

Les droits et obligations de l'adhérent peuvent être modifiés par avenant au contrat. Ces avenants seront conclus d'un commun accord entre le souscripteur et l'assureur.

En cas de modification se rapportant aux droits et obligations des adhérents, ces derniers en seront informés par écrit, trois mois avant la date d'entrée en vigueur des modifications conformément à l'article L.144-1 du code des assurances. S'il le souhaite, l'adhérent

pourra dénoncer son adhésion en raison de ces modifications.

Article 2.5. RESILIATION DE L'ADHESION

2.5.1. Résiliation par l'adhérent

Pour être recevable, la résiliation de l'adhésion doit être notifiée par lettre recommandée adressée au gestionnaire au moins 2 mois avant la date de renouvellement.

La résiliation des garanties responsables entrainera automatiquement la résiliation du certificat d'adhésion regroupant les garanties **santé non responsables éventuellement** souscrites par l'adhérent.

2.5.2. Résiliation par l'assureur ou le gestionnaire

La résiliation de l'adhésion par l'assureur ou le gestionnaire doit être signifiée par lettre recommandée moyennant un délai de préavis qui ne peut être inférieur à deux mois avant son échéance annuelle.

Cette résiliation est à effet de l'échéance annuelle de l'adhésion en cas de non-acceptation par l'adhérent des tarifs présentés lors du renouvellement annuel du contrat.

Elle peut néanmoins être signifiée hors échéance :

- en cas de non-paiement des cotisations, conformément aux dispositions de l'article « RÉVISION DES COTISATIONS »,
- en cas de fraude ou de fausse déclaration intentionnelle de l'adhérent de nature à affecter l'appréciation de l'importance du risque ou le montant des sommes dues,
- en cas de désaffiliation volontaire du régime obligatoire.

2.5.3. Effets de la résiliation

La résiliation de l'adhésion fait cesser les garanties pour les risques survenus postérieurement à la date d'effet de la résiliation.

Toutefois, l'assureur reste engagé sur les dépenses de santé effectuées entre la date d'adhésion au contrat et la date d'effet de la résiliation, et ce jusqu'à leur liquidation complète sous réserve du paiement des cotisations afférentes à cette période et que les justificatifs de ces dépenses soient portés à sa connaissance dans les 24 mois suivant la date d'effet de la résiliation.

Lorsque l'adhésion résiliée n'est pas remplacée par de nouvelles garanties couvrant le même risque, l'assuré peut souscrire, dans les deux mois qui suivent la résiliation de l'adhésion, une garantie à affiliation individuelle éventuellement proposée par l'assureur. Ces garanties sont accordées sans délai de carence ni examen ou questionnaire médical.

Article 2.6. NULLITE DE L'ADHESION

En cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de l'adhérent, de nature à affecter l'appréciation par l'assureur du risque apporté, du montant des cotisations dues ou du montant des prestations dues, l'adhésion est annulée de plein droit, alors même que le risque omis ou dénaturé par l'adhérent a été sans influence sur le sinistre.

L'adhérent ne peut prétendre à aucun remboursement de cotisation.

Article L. 113-8 du Code des assurances : « Indépendamment des causes ordinaires de nullité, et sous réserve des dispositions de l'article L. 132-26, le contrat d'assurance est nul en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de l'assuré, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour l'assureur, alors même que le risque omis ou dénaturé par l'assuré a été sans influence sur le sinistre.

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

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

Article L.113-9 du Code des assurances : « L'omission ou la déclaration inexacte de la part de l'assuré dont la mauvaise foi n'est pas établie n'entraîne pas la nullité de l'assurance.

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

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

Fait à, le XX/XX/XXXX,
Signature »

Article 2.7. OBLIGATIONS DE L'ADHERENT

2.7.1. Responsabilité de l'adhérent

Conformément à l'article L.652-4 du Code la Sécurité sociale, l'assuré doit pouvoir fournir sur demande du gestionnaire à chaque renouvellement de son adhésion (1er janvier), un justificatif d'affiliation au régime légal obligatoire auquel il est affilié et du paiement des cotisations correspondantes.

A défaut, ou en cas de déclarations inexactes,

- l'adhésion au présent contrat ne pourra bénéficier des avantages de la loi du 11 février 1994 (loi Madelin article 154bis du Code Général des Impôts).
- L'assuré ne remplira plus les conditions d'adhésion au contrat précisées à l'article 1.1 des présentes conditions générales.

L'adhérent s'engage à informer dans un délai de dix jours par lettre recommandée avec accusé réception, l'assureur via le souscripteur ou le gestionnaire, dès que l'entreprise payeur de cotisations se trouve en redressement judiciaire ou en liquidation judiciaire sans redressement préalable, en lui communiquant les coordonnées de l'administrateur judiciaire ; ce qui est accepté par l'adhérent.

Cette acceptation est une condition essentielle et déterminante au consentement de l'assureur pour délivrer ses garanties.

L'adhérent s'engage à informer l'assureur par l'intermédiaire du gestionnaire de tout changement d'activité professionnelle ou de toute modification dans sa situation personnelle pouvant entraîner une modification de son adhésion dans un délai maximum d'un mois à compter de la date de changement (changement d'activité professionnelle, liquidation de sa pension de retraite,...).

L'éventuelle modification de l'adhésion intervient alors à la date de la modification de la situation personnelle ou professionnelle de l'assuré à condition que la déclaration ait été faite à l'assureur dans un délai de trois mois à compter de cette date.

Au-delà de ce délai de trois mois, la modification de l'adhésion prendra effet à la date de réception de la déclaration (cachet de la poste faisant foi).

Dans le cas où la modification de la situation personnelle et/ou professionnelle entraîne la résiliation de l'adhésion, les cotisations éventuellement versées par l'assuré jusqu'à la date effective de résiliation par l'assureur restent acquises à l'assureur.

2.7.2. Cartes de Tiers Payant

Si le tiers-payant pharmaceutique est prévu au titre du Certificat d'Adhésion, l'adhérent s'engage, en cas de résiliation :

- à restituer à l'assureur sa carte de tiers-payant ainsi que celles des éventuels bénéficiaires du contrat,
- à rembourser à l'assureur les sommes indûment perçues en cas de non-restitution des cartes tiers payant.

Article 2.8. Conclusion de l'adhésion à distance

Conformément à l'article L.112-2-1 du code des assurances, l'assuré dispose d'un délai de QUATORZE (14) jours calendaires révolus pour exercer son droit de renonciation, par lettre recommandée avec avis de réception à l'adresse suivante :

**« CIPRES - Service Production »
37 rue Anatole France
92532 LEVALLOIS PERRET CEDEX**

L'adhérent n'a alors pas à justifier du motif de la renonciation ni à supporter de pénalités. Ce délai court à compter de la date de signature du Certificat d'adhésion.

Pour exercer le droit de renonciation, l'adhérent peut utiliser le modèle de lettre ci-après :

« Je soussigné(e) (civilité, prénom, nom) résidant au (adresse complète) déclare renoncer à mon adhésion portant la référence n°..... au contrat de prévoyance complémentaire souscrit le XX/XX/XXXX, en application des dispositions de l'article L.132-5-1 du code des assurances (cas général) ou de l'article L.112-2-1 du code des assurances (vente à distance). La résiliation prendra effet à la date de réception de la présente lettre.

Chapitre 3. AFFILIATION DES ASSURES

Article 3.1. MODALITES D'AFFILIATION DES ASSURES

Aucune formalité médicale n'est exigée, les déclarations de l'assuré faisant foi.

L'assuré doit fournir un bulletin individuel d'adhésion, la copie de l'attestation VITALE de chaque bénéficiaire de la garantie, un certificat de scolarité pour les enfants de plus de 16 ans et un Relevé d'identité bancaire pour le virement de ses prestations.

Changement de niveau de garantie :

L'adhérent peut demander à changer de garantie après 12 mois d'adhésion au contrat. Le 1er changement de garantie intervient au 1er janvier qui suit la demande.

- Les changements de garantie santé à la **hausse** sont possibles, avec effet au 1er jour du 1er mois d'un trimestre civil qui suit la demande. Dans ce cas l'adhérent ne pourra pas demander d'autre changement de garantie pendant une durée de 2 ans.
- Le changement de garanties à la **baisse** interviendra au 1er jour du 1er mois d'un trimestre civil qui suit la réception de la demande, sous réserve d'avoir été couvert au moins 12 mois dans la précédente garantie.

Toutefois, en cas de changement de situation familiale (mariage, jugement définitif de divorce, rupture de PACS ou de concubinage, décès, naissance) le changement de garantie pourra être demandé dans les 3 mois qui suivent l'événement. Dans ce cas, la demande de modification prendra effet à la date de survenance de l'événement (changement de situation familiale).

A défaut, si la demande intervient plus de 3 mois après l'événement, le changement de garantie interviendra dans les conditions normales susmentionnées.

Article 3.2. DEBUT DES GARANTIES A L'EGARD DE CHAQUE ASSURE

Les garanties débutent, à l'égard de chaque bénéficiaire, dès l'admission au contrat et ce, quelle que soit l'antériorité de l'affection ayant entraîné les frais engagés postérieurement à la date d'admission.

Article 3.3. FIN DES GARANTIES A L'EGARD DE CHAQUE ASSURE

Les garanties cessent à l'égard de l'assuré :

- **à la date à laquelle l'assuré ne répond plus à la définition « d'adhérent » telle que définie en 1.1**

Cependant, l'adhésion peut être maintenue lorsque l'assuré liquide sa pension d'assurance vieillesse du régime de base obligatoire. Il doit alors informer l'organisme assureur dans les conditions prévues à l'article 2.6.1.

- **à la date d'effet de la résiliation de l'adhésion, sauf en ce qui concerne les frais exposés pour des soins engagés antérieurement à cette date et communiqués à l'assureur dans les délais fixés à l'article PAIEMENT DES PRESTATIONS**
- **à la date d'effet de la désaffiliation volontaire du régime obligatoire. Les cotisations éventuellement versées d'avance restent acquises à l'assureur.**

- **à la date indiquée dans la lettre recommandée de mise en demeure adressée en cas de non-paiement des cotisations, conformément aux dispositions de l'article « NON PAIEMENT DES COTISATIONS »**
- **A la date à laquelle l'assuré n'est plus adhérent à l'association souscriptrice.**

Les garanties cessent à l'égard des autres bénéficiaires :

- **à la date de cessation des garanties de l'assuré**
- **à la date à laquelle ils ne répondent plus aux conditions leur conférant la qualité de bénéficiaire**
- **à la date où la cotisation les concernant n'est plus réglée par l'assuré (article « NON PAIEMENT DES COTISATIONS »)**
- **en cas de décès de l'assuré**

Dans tous les cas ci-dessus, l'assuré s'engage à restituer la (ou les) carte (s) de tiers payant qui lui a (ont) été remise(s) par l'assureur via le gestionnaire. Toute utilisation abusive de la carte expose son auteur à une action en recouvrement, et le cas échéant à une procédure judiciaire.

Chapitre 4. GARANTIES ET PRESTATIONS

Article 4.1. TERMINOLOGIE

Accident

Toute atteinte à l'intégrité physique, non intentionnelle et provenant de l'action fortuite, soudaine, violente et imprévisible d'une cause extérieure à l'assuré.

Accouchement

L'accouchement est la mise au monde d'un enfant.

Actes cliniques

Les consultations, visites et honoraires de surveillance.

Actes techniques

Les actes non cliniques.

Base de remboursement (B.R.)

Valeur de référence, pour chaque acte, à partir de laquelle la Sécurité sociale calcule le montant de son remboursement en secteur conventionné.

Contrat d'accès aux soins (CAS)

Contrat signé sur la base du volontariat entre l'assurance maladie et les médecins autorisés à pratiquer des dépassements d'honoraires, par lequel ces médecins s'engagent à modérer le montant des dépassements d'honoraires facturés en améliorant le remboursement de leurs patients.

La prise en charge des dépassements d'honoraires par le présent contrat diffère selon que le médecin a signé ou non le Contrat d'Accès aux Soins.

Grossesse

La grossesse est la période qui dure en moyenne 9 mois, et qui précède un accouchement aboutissant à la naissance d'un être humain viable.

Hospitalisation

Est un séjour d'au moins 24 heures, dans un établissement de soins public ou privé, hors maison de repos et de convalescence, dans le but de traiter médicalement ou chirurgicalement une maladie ou les conséquences d'un accident.

Implantologie

Ensemble des actes nécessaires à la pose définitive d'un implant sur une dent, et ce quel que soit l'étalement dans le temps des soins. (Implant + pilier + soins de parodontologie liés à la pose de l'implant).

Maladie

Toute altération de la santé constatée par une autorité médicale compétente.

Parcours de soins

Principe de passage par un médecin traitant choisi par l'assuré avant de consulter un autre médecin sauf cas d'urgence, d'éloignement du domicile ou d'accès direct à un spécialiste autorisé par la Sécurité sociale.

Participation forfaitaire (Article L. 322-2 du Code de la Sécurité sociale)

Montant forfaitaire que le régime obligatoire ne rembourse pas. Ce montant n'est pas remboursé par l'assureur.

Plafond Mensuel de la Sécurité sociale (PMSS)

Salaires mensuels de référence fixés annuellement par la Sécurité sociale.

Prestations en nature

Le remboursement des dépenses de frais de soins (frais médicaux, frais chirurgicaux, pharmaceutiques,...) ou de service (séjour en établissement hospitalier) exposées par l'assuré.

Professionnels de Santé

Seuls les actes médicaux exécutés par un professionnel de Santé référencé auprès de l'Ordre concerné pour le n° RPPS ou auprès de l'Agence Régionale de Santé (ARS) de sa région pour les autres professionnels qui s'enregistrent toujours via un n° ADELI seront couverts par le présent contrat, dès lors que la garantie est prévue.

Reconstitution de la Base de Remboursement

En cas de refus de prise en charge par le régime obligatoire, les prestations qui seraient accordées sont calculées en reconstituant la Base de Remboursement (B.R.).

Secteur conventionné

Secteur I : Regroupe l'ensemble des praticiens et établissements hospitaliers s'engageant à respecter les Bases de Remboursement

(B.R.).

Secteur II : Regroupe l'ensemble des praticiens autorisés par convention à dépasser les Bases de Remboursement (B.R.).

Secteur non conventionné

Regroupe l'ensemble des praticiens et établissements hospitaliers n'ayant pas adhéré à la convention passée entre le régime obligatoire et la profession. Le remboursement des actes par le régime obligatoire est alors effectué sur la base du tarif d'autorité (T.A.).

Ticket Modérateur (TM)

Quote-Part de la Base de Remboursement (B.R.) restant à la charge de l'assuré après le remboursement du régime obligatoire (hors participation forfaitaire à la charge de l'assuré)

Article 4.2. OBJET DES GARANTIES

La garantie a pour objet le remboursement de tout ou partie des frais exposés par l'assuré par suite de maladie, d'accident ou de maternité, survenu pendant la période de garantie. Les remboursements se feront en complément de ceux effectués par le régime de base au titre des prestations en nature de l'assurance maladie française (hors participation forfaitaire à la charge de l'assuré).

Les taux de remboursement et les bases de remboursement du régime obligatoire pris en considération sont ceux en vigueur à la date de dispense des actes, d'exécution des soins et de prescription. Par dérogation, le Certificat d'Adhésion peut préciser s'il s'agit de prestations en espèces ou de prestations supplémentaires à celles versées par la Sécurité Sociale.

Demeurent exclus des garanties :

- les actes hors nomenclature du régime obligatoire Français, sauf mention contraire au Certificat d'Adhésion
- les traitements esthétiques ou de rajeunissement sauf ceux pris en charge par le régime obligatoire.

Les garanties souscrites et les niveaux de remboursement sont définis au Certificat d'Adhésion.

4.2.1 Actes non conventionnés

Le remboursement des actes dispensés par un médecin n'ayant pas signé de convention avec l'assurance maladie française est effectué soit sur la base du tarif d'autorité (T.A.) fixé par le ministre chargé de la Sécurité sociale, soit en reconstituant la base de remboursement du Régime Obligatoire, conformément aux dispositions indiquées dans le tableau de garantie annexé au Certificat d'Adhésion.

4.2.2 Forfait journalier

Le forfait journalier est pris en charge sans limitation de durée dans tous les établissements de soins publics ou privés.

4.2.3 - Frais de séjour

Les frais de séjour et d'hébergement en établissement psychiatrique, de repos ou spécialisé sont pris en charge sans limitation de montant dans la limite de 90 jours par an. Les années s'entendent par année civile.

Au-delà de 90 jours, la prise en charge au titre du présent contrat est limitée au remboursement du ticket modérateur.

4.2.4 Chambre particulière

Les frais de chambre particulière exposés par l'assuré dans le cadre d'une hospitalisation ne sont pas pris en charge par le présent contrat en cas d'hospitalisation en ambulatoire (moins de 24 heures).

4.2.5 Maternité

Le forfait naissance ou adoption prévu au Certificat d'Adhésion est réglé sur simple présentation de l'extrait d'acte de naissance du ou des enfants ou du jugement d'adoption. Il est doublé en cas de naissance ou adoption multiple.

Les dépenses médicales remboursées par la Sécurité sociale (y compris les dépassements d'honoraires) sont prises en charge pendant la grossesse et en cas d'accouchement par césarienne dans les conditions fixées au certificat d'adhésion pour chaque acte. Les dépassements d'honoraires en cas d'accouchement par voie basse ne sont pas pris en charge par le présent contrat.

4.2.6 Cure thermique

La garantie cure thermique a pour objet le paiement, en complément des dépenses remboursées par la Sécurité sociale, d'un forfait dont le montant est fixé au Certificat d'Adhésion.

Les frais de transport liés à la cure thermique ne sont pas pris en charge dans le cadre de ce forfait et sont remboursés le cas échéant dans les conditions fixées au Certificat d'Adhésion pour cet acte.

4.2.7 Dentaire

Des plafonds annuels applicables à chaque bénéficiaire du contrat sont fixés au Certificat d'Adhésion. Les années s'entendent par année civile.

En cas de changement de niveau de garantie, l'appréciation de l'antériorité permettant de calculer le montant du plafond s'apprécie à compter du 1^{er} jour d'adhésion dans la nouvelle garantie.

4.2.8 Optique

Des plafonds annuels applicables à chaque bénéficiaire du contrat sont fixés au Certificat d'Adhésion. Les années s'entendent par année civile.

Conformément à la réglementation relative aux contrats responsables, la limitation de prise en charge d'un équipement optique par période de 2 ans s'apprécie à compter de la date de souscription du contrat.

Article 4.3. OUVERTURE DU DROIT AUX PRESTATIONS

Le droit aux prestations est ouvert dès la date d'effet de l'affiliation, sous réserve le cas échéant des délais d'attente spécifiques à certaines dépenses et indiquées dans le Certificat d'Adhésion.

L'ouverture des droits aux prestations est subordonnée à la production des pièces justificatives mentionnées à l'article « MODALITES D'AFFILIATION ». Avant ou à l'occasion du règlement des prestations, l'assureur ou le gestionnaire peut procéder à tout contrôle conformément aux dispositions visées à l'article « CONTRÔLE ».

L'ouverture des droits aux prestations ne peut être prononcée que pour des actes, des soins, des prescriptions et des événements dont la date est postérieure à la date d'effet de l'affiliation de l'assuré.

Article 4.4. REGLEMENT DES PRESTATIONS

Le versement des prestations est adressé directement à l'assuré, après échange de données informatisées entre organismes sociaux ou sur présentation des décomptes originaux délivrés par le régime obligatoire et, le cas échéant, des pièces justificatives ci-après mentionnées.

Pour le remboursement des dépenses de santé restant à charge après intervention du régime obligatoire, en cas de dépassement des tarifs de convention ou de responsabilité :

- soins médicaux et chirurgicaux, frais d'optique, de prothèses dentaires ou de traitement d'orthodontie faciale : photocopie de la feuille de soins faisant apparaître le montant total des sommes payées par l'assuré ou note d'honoraires et prescription médicale en cours de validité en optique ;
- frais d'appareillage : facture acquittée du fournisseur ;
- frais d'hospitalisation médicale ou chirurgicale : facture de l'établissement hospitalier et, le cas échéant, des dépenses accessoires (frais de chambre particulière, d'accompagnement d'un enfant hospitalisé, de paiement du forfait journalier hospitalier...) ;
- cures thermales : justificatif de l'accomplissement d'une cure thermique prise en charge par le régime obligatoire (imprimé cerfa n° 11140*04).

Pour la prise en charge, le cas échéant, des dépenses de santé ne donnant pas lieu à remboursement par le régime obligatoire :

- les originaux des factures acquittées correspondant aux dépenses engagées
- ou notification du refus opposé par le régime obligatoire si tel est le cas, et notes d'honoraires correspondant aux soins faisant apparaître la cotation de l'acte pratiqué.

Pour le service d'éventuelles prestations complémentaires :

- justificatif de la réalité de l'événement ouvrant droit à indemnisation (acte de naissance, ...).

L'assureur se réserve le droit de réclamer tout autre document qu'il jugerait nécessaire au versement des prestations.

Les pièces nécessaires au paiement des prestations doivent

être transmises à l'assureur (sauf cas fortuit ou de force majeure) dans les plus brefs délais et au plus tard avant la fin de l'année suivant celle au cours de laquelle les frais ont été exposés, sous peine de déchéance. Toute fausse déclaration effectuée intentionnellement sur la nature, les causes, les circonstances ou les conséquences d'un sinistre, entraîne déchéance de tout droit à la garantie.

Les décomptes de remboursement des prestations versées par l'organisme assureur au titre du présent contrat sont consultables en ligne par tout assuré sur son espace personnel.

L'assuré qui serait dans l'impossibilité de consulter son décompte en ligne peut toutefois demander à recevoir ses décomptes par courrier. L'édition et l'envoi de ces décomptes pourront être facturés à l'assuré.

Article 4.5. PLURALITE D'ASSUREURS

L'assuré s'engage à informer l'assureur via le gestionnaire, lorsque lui ou ses bénéficiaires assurés bénéficient d'une garantie de même nature que celle assurée par le présent contrat, souscrite de façon individuelle ou dans un cadre collectif.

Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs assureurs produisent leurs effets dans les limites des garanties de chaque contrat et dans le respect des dispositions de l'article L. 121-1 du Code des assurances, quelle que soit la date d'effet de ces garanties. Dans ces limites, le bénéficiaire du contrat d'adhésion peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix.

La contribution de chaque organisme est déterminée conformément aux dispositions de l'article L. 121-4 du Code des assurances.

Le cumul des remboursements de l'assureur, du régime obligatoire et de tout autre organisme ne peut excéder le montant des frais réellement engagés par l'assuré ou ses bénéficiaires tels que définis au contrat.

Article 4.6. CONTRÔLE

L'assureur ou le gestionnaire peut procéder à tout contrôle permettant de vérifier l'exactitude des renseignements produits tant par l'adhérent que les assurés. Les décisions prises à l'issue de ces contrôles sont portées à la connaissance des intéressés par lettre motivée, en recommandé avec accusé réception.

Article 4.7. SUBROGATION

Conformément à l'article L. 121-12 (subrogation de l'assureur) du Code des assurances, l'assureur se réserve le droit de subrogation contre les tiers responsables jusqu'à concurrence des sommes versées par lui en application du contrat.

Article L. 121-12 du Code des assurances : « L'assureur qui a payé l'indemnité d'assurance est subrogé, jusqu'à concurrence de cette indemnité, dans les droits et actions de l'assuré contre les tiers qui, par leur fait, ont causé le dommage ayant donné lieu à la responsabilité de l'assureur. L'assureur peut être déchargé, en tout ou en partie, de sa responsabilité envers l'assuré, quand la subrogation ne peut plus, par le fait de l'assuré, s'opérer en faveur de l'assureur.

Par dérogation aux dispositions précédentes, l'assureur n'a aucun recours contre les enfants, descendants, ascendants, alliés en ligne directe, préposés, employés, ouvriers ou domestiques, et généralement toute personne vivant habituellement au foyer de l'assuré, sauf le cas de malveillance commise par une de ces personnes. »

Chapitre 5. COTISATIONS

Les cotisations annuelles sont payables globalement par l'assuré, selon les modalités suivantes :

Article 5.1. DETERMINATION DES TAUX DE COTISATIONS

Les taux de cotisations sont fonction :

- du niveau de garantie choisi,
- de l'âge de l'adhérent à l'adhésion,
- du lieu de résidence de l'adhérent,
- et du nombre de bénéficiaires garantis.

Article 5.2. DETERMINATION DES FRAIS DE GESTION

Les montants des frais de gestion indiqués au Certificat d'Adhésion

sont ceux en vigueur à la date d'effet de l'adhésion. Le gestionnaire se réserve la possibilité de les réviser au 1^{er} janvier de chaque année.

Article 5.3. ASSIETTE DES COTISATIONS

Les cotisations sont exprimées en pourcentage du Plafond Annuel de la Sécurité Sociale française (PASS) en vigueur pour la période d'assurance.

Article 5.4. MODALITES DE PAIEMENT

Les cotisations et les frais sont payables mensuellement ou trimestriellement d'avance par prélèvement automatique, conformément au choix retenu sur le certificat d'adhésion.

Le compte bancaire sur lequel seront prélevées les cotisations doit être ouvert en France métropolitaine ou à la Réunion.

Article 5.5. NON PAIEMENT DES COTISATIONS PAR L'ADHERENT

Conformément aux articles L. 113-3 et L. 141-3 (exclusion d'un adhérent) du Code des assurances, le souscripteur ou son gestionnaire peut exclure un membre du bénéfice du contrat s'il cesse de payer sa cotisation. Son exclusion ne peut intervenir qu'au terme d'un délai de quarante jours à compter de l'envoi par le souscripteur ou son gestionnaire d'une lettre recommandée de mise en demeure. Le souscripteur ou son gestionnaire s'engage à adresser la lettre recommandée dans les formes réglementaires et au plus tôt dans un délai de dix jours à compter de l'échéance impayée.

Article L. 113-3 du Code des assurances : « La prime est payable au domicile de l'assureur ou du mandataire désigné par lui à cet effet. Toutefois, la prime peut être payable au domicile de l'assuré ou à tout autre lieu convenu dans les cas et conditions limitativement fixés par décret en Conseil d'Etat. A défaut de paiement d'une prime, ou d'une fraction de prime, dans les dix jours de son échéance, et indépendamment du droit pour l'assureur de poursuivre l'exécution du contrat en justice, la garantie ne peut être suspendue que trente jours après la mise en demeure de l'assuré. Au cas où la prime annuelle a été fractionnée, la suspension de la garantie, intervenue en cas de non-paiement d'une des fractions de prime, produit ses effets jusqu'à l'expiration de la période annuelle considérée. La prime ou fraction de prime est portable dans tous les cas, après la mise en demeure de l'assuré.

L'assureur a le droit de résilier le contrat dix jours après l'expiration du délai de trente jours mentionné au deuxième alinéa du présent article.

Le contrat non résilié reprend pour l'avenir ses effets, à midi le lendemain du jour où ont été payés à l'assureur ou au mandataire désigné par lui à cet effet, la prime arriérée ou, en cas de fractionnement de la prime annuelle, les fractions de prime ayant fait l'objet de la mise en demeure et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les frais de poursuites et de recouvrement.

Lorsque l'adhésion au contrat résulte d'une obligation prévue par une convention de branche ou un accord professionnel ou interprofessionnel, l'assureur ne peut faire usage des dispositions du présent article relatives à la suspension de la garantie et à la résiliation du contrat.

Les dispositions des deuxièmes et avant-derniers alinéas du présent article ne sont pas applicables aux assurances sur la vie. »

Article L.141-3 du Code des assurances : « Le souscripteur ne peut exclure un adhérent du bénéfice du contrat d'assurance de groupe que si le lien qui les unit est rompu ou si l'adhérent cesse de payer la prime. L'exclusion ne peut intervenir qu'au terme d'un délai de quarante jours à compter de l'envoi, par le souscripteur, d'une lettre recommandée de mise en demeure. Cette lettre ne peut être envoyée que dix jours au plus tôt après la date à laquelle les sommes dues doivent être payées. Lors de la mise en demeure, le souscripteur informe l'adhérent qu'à l'expiration du délai prévu à l'alinéa précédent, le défaut de paiement de la prime est susceptible d'entraîner son exclusion du contrat. Cette exclusion ne peut faire obstacle, le cas échéant, au versement des prestations acquises en contrepartie des primes ou cotisations versées antérieurement par l'assuré. »

Article 5.6. INDEXATION ET MAJORATION DES COTISATIONS

Les taux de cotisations peuvent être indexés ou majorés le 1^{er} janvier de chaque année en fonction :

- De la zone géographique,
- De l'indice de la consommation médicale totale (CMT) communiqué par la CNAMTS,
- Du Plafond Annuel de la Sécurité Sociale (PASS),
- Des résultats du contrat-cadre souscrit par l'association.

Le montant des cotisations pourra également être révisé, le cas échéant, en cours d'année, en cas de modifications importantes des taux ou des bases de remboursement de la Sécurité sociale, de décision de déremboursement ou de modification importante du système de santé ayant pour effet de modifier la nature du risque assuré et son évaluation par l'assureur. A défaut, l'assureur se réserve le droit de conserver le remboursement complémentaire qui était le sien en valeur absolue avant la modification législative ou réglementaire.

Pour les assurés dont les garanties seraient maintenues conformément aux dispositions de l'article 3.3 des présentes conditions générales, les cotisations seront automatiquement augmentées de 50% à la date de liquidation effective de la retraite et au plus tard à l'âge auquel l'assuré peut percevoir à taux plein la pension d'assurance vieillesse du régime de base obligatoire.

Article 5.7. REVISION DES COTISATIONS

Les niveaux de garanties sont établis en considération de la réglementation du régime de Sécurité sociale français.

Si ultérieurement une nouvelle réglementation ou les 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 pris par l'adhérent et l'assureur, les dispositions suivantes seront applicables en cours d'exercice, selon le contexte et les contraintes réglementaires et suivant la procédure de l'art L. 133-4 du Code des assurances :

- Lorsque la révision est motivée par la nécessité de conserver au contrat son caractère « responsable » :

L'assureur indiquera à l'adhérent les modifications nécessaires pour maintenir au contrat son caractère « responsable » dans les conditions simplifiées définies par l'avant dernier alinéa de l'article L.112-3 du Code des assurances. En cas de refus, l'assureur adressera à l'adhérent une lettre recommandée l'informant de la résiliation de l'adhésion

- Lorsque la modification est motivée par d'autres évolutions de la législation ou réglementation de la Sécurité sociale :

L'assureur procédera à l'ajustement de la cotisation. Si l'adhérent ne donne pas suite à la proposition de l'assureur ou refuse expressément la nouvelle cotisation, l'assureur peut résilier l'adhésion dans les 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 l'adhésion au contrat.



CIPRÉS
Assurances

www.cipres.fr

CIPRÉS Assurances – 37, rue Anatole France 92532 Levallois-Perret
cedex

SAS au capital de 1 208 944 € - SIREN 552 068 199 – N° ORIAS : 07
000 398 – www.orias.fr

Sous le contrôle de l'ACPR, Autorité de Contrôle Prudentiel et de
Résolution – 61, rue Taitbout 75436 Paris cedex 09 –
www.acpr.banque-france.fr

Assurance de Responsabilité Civile Professionnelle et Garantie
Financière conformes au Code des assurances