



Contrat Particuliers

CONDITIONS GENERALES

du contrat SPVIE SANTE Particuliers : Référence :

Date d'effet :

«L'ASSURANCE D'AVANCER ENSEMBLE»



DEFINITIONS



Le terme « **SOUSCRIPTEUR** » désigne l'Association de Prévoyance du Groupe Klesia dite « APGK », qui a conclu le contrat d'assurance avec KLESIA MUTUELLE. Son siège est situé au 4-22 rue Marie-Georges Picquart - 75017 Paris.

Les termes « **ASSURE** » et « **ADHERENT** » désignent le membre de l'association APGK qui adhère au contrat et sur qui repose le risque assuré.

Le terme « **LA MUTUELLE** » désigne KLESIA MUTUELLE.

Le terme « **DEMANDE D'ADHESION** » ou « **CERTIFICAT D'ADHESION** » désigne le document contractuel qui définit les caractéristiques de l'adhésion.

CONDITIONS GÉNÉRALES

ARTICLE 1

OBJET DU CONTRAT - NATURE DU CONTRAT

SPVIE SANTE PARTICULIERS est une assurance complémentaire santé qui permet aux assurés et à leurs ayants droit de bénéficier de remboursements des frais de santé occasionnés par une maladie ou un accident.

SPVIE SANTE PARTICULIERS est un contrat collectif à adhésion facultative, régi par le code de la Mutualité.

ARTICLE 2

DATE D'EFFET – RENOUELEMENT – MODIFICATION - RESILIATION

Le contrat prend effet à la date indiquée sur le certificat d'adhésion et se termine le 31 décembre.

Il se renouvellera ensuite pour un an par tacite reconduction, au 1^{er} janvier de chaque année, sauf résiliation par le Souscripteur notifiée à la Mutuelle par une lettre recommandée avec avis de réception, au moins deux mois avant l'échéance.

Modification des conditions d'assurance

Le contrat peut être modifié d'un commun accord entre la Mutuelle et le Souscripteur. La date d'effet de cette modification intervient alors à la date fixée par les parties.

Par ailleurs, si une modification réglementaire, ou toute autre cause, entraîne une modification des conditions d'assurance, la Mutuelle pourra procéder à la révision du contrat.

Conformément aux articles L. 221-5 et L. 221-6 du code de la Mutualité, le Souscripteur informera chaque adhérent de ces modifications.

Modification des cotisations

Toute modification de la réglementation applicable au contrat qui pourrait entraîner une majoration des prestations à la charge de la Mutuelle peut entraîner une révision immédiate du présent contrat et notamment des cotisations.

L'assuré sera informé de toute augmentation de cotisation ainsi décidée par l'envoi d'un échéancier établi à cet effet. L'intéressé pourra résilier son adhésion en raison de cette modification, à effet de la date d'augmentation, dans le délai d'un mois à compter de la remise de l'échéancier.

En cas de disparition du Souscripteur :

- La Mutuelle s'engage à en informer chaque adhérent au moins trois mois avant l'échéance ;
- La Mutuelle refusera toute nouvelle adhésion ;
- Chaque adhésion en cours continuera à produire ses effets tant que l'assuré le désirera.

En cas de résiliation du contrat, le Souscripteur procédera à toute démarche auprès des assurés pour leur proposer d'adhérer à un nouveau contrat sans formalité médicale, de manière à assurer une continuité dans la couverture des risques.

ARTICLE 3

GARANTIES - CONDITIONS ET MODALITES D'ADHESION AU CONTRAT

Le contrat est constitué de sept formules (First, 100, 150, 200, 300, 400 et 500).

Conditions d'adhésion

L'adhésion à SPVIE SANTE PARTICULIERS ne requiert aucune formalité médicale.

Pour adhérer au contrat, l'adhérent doit :

- être membre de l'association APGK. Les assurés à SPVIE SANTE PARTICULIERS adhèrent individuellement à l'APGK et sont regroupés au sein de la Mutuelle, dans la section des membres participants par adhésion à un contrat souscrit par l'APGK auprès de KLESIA MUTUELLE ;
- relever d'un régime obligatoire de la Sécurité sociale française. Cette obligation concerne aussi les ayants droit éventuels de l'assuré tels que définis ci-dessous.

L'assuré peut également en faire bénéficier ses ayants droit, tels que définis ci-dessous :

- son conjoint, concubin ou titulaire d'un PACS,
- ses enfants, ceux de son conjoint, concubin ou partenaire de PACS, âgés de :
 - moins de 18 ans,
 - moins de 21 ans s'ils poursuivent leurs études,
 - moins de 28 ans s'ils justifient d'une inscription au régime de la Sécurité sociale des étudiants ou s'ils sont atteints d'un handicap les empêchant de se livrer à une quelconque activité rémunérée.

ARTICLE 4

MODALITES D'ADHESION

Pour exprimer sa demande, l'adhérent complète la demande d'adhésion fournie par La Mutuelle. Le cas échéant, l'assuré principal précise les personnes à assurer. La garantie choisie s'applique à toutes les personnes désignées.

L'adhérent joint à sa demande :

- les pièces nécessaires au paiement de ses cotisations et au paiement de ses prestations (Relevé d'Identité Bancaire, mandat de prélèvement SEPA...),
- le certificat de radiation à la garantie frais de santé précédemment souscrite pour ne pas se voir appliquer le délai de carence défini à l'article 5,
- la photocopie de ses droits à la Sécurité sociale, ainsi que celle de son conjoint et de ses éventuels enfants à charge s'ils adhèrent.

ARTICLE 5

BASES DE REMBOURSEMENT DES DÉPENSES DE SANTÉ – DELAI DE CARENCE ET SUPPRESSION DU DELAI DE CARENCE – CONTRAT RESPONSABLE

Les prestations sont garanties pour toutes les personnes assurées étant entendu que :

- la garantie s'exerce dans le monde entier sous réserve de reconnaissance et de prise en charge par la Sécurité sociale française,
- la base de remboursement ainsi que le ticket modérateur sont ceux du régime général de la Sécurité sociale française,
- les remboursements de SP VIE PARTICULIER sont toujours limités aux frais réels engagés. Ils sont calculés après déduction des prestations versées, le cas échéant, par le régime obligatoire de la Sécurité sociale.

Toutefois, pendant les 6 premiers mois qui suivent son adhésion, si l'adhérent ne produit pas un certificat de radiation justifiant une date de résiliation à une précédente garantie santé, inférieure à 3 mois à compter de la date d'effet de la demande d'adhésion à SPVIE SANTE PARTICULIERS :

- **le remboursement des frais de séjour, d'hospitalisation (honoraires), de sanatorium, préventorium, aérium, de soins dentaires et prothèses (dentaires ou autres), de traitements orthodontiques, de montures et verres de lunettes, et de lentilles de contact est limité, le cas échéant, au montant du ticket modérateur,**
- **la chambre particulière n'est pas prise en charge.**

Les garanties frais de santé sont en conformité avec les exigences posées par les articles L 871-1, R 871-1 et R 871-2 du code de la Sécurité sociale relatifs aux contrats dits « responsables » ou « aidés » et les décrets et arrêtés pris pour son application.

En conséquence :

- la participation forfaitaire (actes et consultations de médecins, actes de biologie médicale) et les franchises médicales (médicaments, actes d'auxiliaires médicaux, transports) laissées à la charge de chaque patient, instaurées par l'article L. 322-2 du code de la Sécurité sociale, ne sont pas remboursées ;
- hors parcours de soins coordonnés, aucune majoration de la participation de l'assuré (ticket modérateur) prévue à l'article L. 162-5-3 du code de la Sécurité sociale n'est prise en charge. Il en sera de même lorsque le patient n'autorisera pas un professionnel de santé à accéder à son dossier médical personnel ;
- hors parcours de soins coordonnés, les dépassements d'honoraires de spécialistes sur les actes cliniques et techniques ne sont pris en charge qu'au-delà du montant du dépassement autorisé défini par la convention médicale de janvier 2005 pour les actes cliniques de spécialistes de secteur 1 ;
- la Mutuelle respecte les obligations de prise en charge prévues à l'article R 871-2 du code de la Sécurité sociale.

Les garanties et niveaux de remboursement seront automatiquement adaptés en fonction des évolutions législatives et réglementaires régissant les contrats responsables.

Honoraires des médecins en ville et à l'hôpital

Les garanties sont différentes selon que le médecin consulté adhère ou non au Contrat d'Accès aux Soins (CAS). Le contrat d'accès aux soins a été mis en place par l'avenant n° 8 à la convention médicale publié au Journal officiel du 6 décembre 2012.

Les médecins adhérant au Contrat d'Accès aux Soins s'engagent à stabiliser leurs tarifs et à moduler leurs dépassements d'honoraires.

Optique

La prise en charge des lunettes est limitée à un équipement composé de deux verres et d'une monture par période de 2 ans pour les adultes et par période d'un an pour les mineurs.

En cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue, la période de 2 ans est réduite à un an. L'évolution de la vue doit être justifiée, soit par une prescription médicale précisant le changement de correction, soit par le devis ou la facture de l'opticien précisant la nouvelle correction en cas de renouvellement des lunettes par ce dernier.

Les périodes de 2 ans pour les adultes et d'un an pour les mineurs sont fixes. Elles commencent à compter de la date d'achat de l'équipement optique et s'achèvent deux ans après (adultes) ou un an après (mineurs).

Lorsque l'assuré effectue des demandes de remboursement de son équipement en deux temps (d'une part la monture, d'autre part les verres), la période pendant laquelle un équipement optique (verres et monture) peut être remboursé est identique : elle débute à la date d'acquisition du premier élément de l'équipement optique (verre ou monture) et s'achève deux ans après (adultes) ou un an après (mineurs).

Si l'assuré présente un déficit de vision de près et un déficit de vision de loin, et ne peut ou ne souhaite pas porter de verres progressifs ou multifocaux, les garanties du contrat peuvent couvrir une prise en charge de deux équipements sur une période de 2 ans corrigeant chacun un des deux déficits mentionnés ci-dessus.

Pharmacie non remboursée par la Sécurité sociale

Le forfait éventuellement prévu dans votre contrat couvre uniquement des produits prescrit par un médecin.

Concernant le sevrage tabagique, les frais en rapport avec les cigarettes électroniques ne sont pas remboursés.

Prothèses auditives

Le remboursement est limité à un appareil par oreille tous les 2 ans.

ARTICLE 6

OBTENTION DES REMBOURSEMENTS

Dans la mesure où l'assuré relève du régime général de la Sécurité sociale, il bénéficie, s'il le souhaite, des technologies de télétransmission NOEMIE en vigueur entre les centres de Sécurité sociale et les organismes complémentaires.

La Sécurité sociale adresse à l'assuré le décompte correspondant aux opérations réalisées et transmet directement à la Mutuelle les données équivalentes.

La Mutuelle procède alors au virement des sommes qui lui incombent sur le compte bancaire (en France) de l'assuré et lui adresse un récapitulatif périodique des remboursements. Sauf décision contraire, que l'assuré notifie par lettre à la Mutuelle, cette procédure s'applique automatiquement.

Si l'assuré ne souhaite pas bénéficier de la télétransmission NOEMIE, il notifie son refus par lettre. Dans ce cas, il adressera lui-même les décomptes de remboursement originaux, reçus de la Sécurité sociale, à la Mutuelle.

Dans tous les cas, **l'assuré justifiera des dépenses réelles engagées pour les frais dentaires, optiques, orthopédiques, acoustiques et les cures thermales par une facture détaillée acquittée** et, le cas échéant, les notifications de refus de prise en charge de la Sécurité sociale.

Le versement de prestations effectué par la Mutuelle, même à plusieurs reprises, ne peut en aucun cas constituer une renonciation aux restrictions ou exclusions des garanties prévues.

ARTICLE 7

SOINS NON COUVERTS

SP VIE PARTICULIER ne rembourse pas :

- les frais entrant dans le cadre de l'action sanitaire et sociale ;
- l'allocation maternité aux enfants du Participant ou de son conjoint, son concubin ou de la personne liée par un PACS, même s'ils sont à leur charge ;
- en cas d'hospitalisation, les frais relatifs aux établissements de long séjour ; les frais de séjours en sanatorium, préventorium ou aérium, effectués dans un établissement non agréé par la Sécurité sociale ;
- en cas de cure thermale, tous les frais annexes à la cure, en particulier les frais de transport et d'hébergement ;
- les lentilles de couleur non correctrices, ainsi que tous les produits d'entretien ;
- les cures et opérations de rajeunissement et de remise en forme ainsi que leurs suites ;
- les interventions de chirurgie esthétique de toute nature ainsi que leurs suites, sauf celles reconnues et prises en charge par la Sécurité sociale au titre de la chirurgie réparatrice.

Les actes non remboursés par la Sécurité sociale française ne sont pas pris en charge, sauf dispositions spécifiques prévues au certificat d'adhésion.

ARTICLE 8

TIERS-PAYANT

L'assuré est dispensé de l'avance des frais de soins de santé pris en charge par la Sécurité sociale sur présentation de son attestation de tiers-payant dans les pharmacies, laboratoires d'analyses médicales et centres de radiologie ayant signé la convention nationale SP Santé.

Le tiers-payant est étendu aux frais d'optique, d'audioprothèse, dentaires, d'orthodontie et d'hospitalisation sur prise en charge demandée à la Mutuelle.

ARTICLE 9

PRISE EN CHARGE HOSPITALIÈRE

L'assuré peut bénéficier d'une prise en charge pour les hospitalisations médicales et chirurgicales en faisant une demande préalable à la Mutuelle en indiquant :

- la personne concernée,
- le nom et l'adresse de l'établissement et le service d'hospitalisation,
- la date d'entrée.

ARTICLE 10

JUSTIFICATIFS A FOURNIR

- **Dans tous les cas**, une copie de l'attestation Vitale de l'assuré et de chaque personne garantie.
- **Pour la couverture du conjoint lié par un PACS**, une copie de l'attestation d'inscription au registre du greffe du Tribunal d'Instance du domicile de l'assuré ou un extrait d'acte de naissance sur lequel figure la mention du PACS et un justificatif de domicile commun.
- **Pour la couverture du concubin**, le décompte de Sécurité sociale ou tout autre justificatif de domicile commun (titre de propriété, avis d'imposition, quittance de loyer, assurance du logement, factures de gaz, électricité, téléphone, etc.).

- **Pour la couverture des enfants, selon le cas :**

- un certificat de scolarité délivré par l'établissement d'enseignement indiquant les dates de début et de fin d'études ;
- pour les étudiants, une attestation d'affiliation au régime de base de protection sociale concerné ;
- une copie de la carte d'invalidé civil.

ARTICLE 11

COTISATIONS

La cotisation est fixée annuellement, en fonction des comptes techniques et de leur évolution prévisible, par accord entre le Souscripteur et KLESIA MUTUELLE, constaté par avenant au contrat.

Les avenants s'appliquent à toutes les cotisations dues à partir de leurs dates d'effet.

Les cotisations sont fixées pour chaque exercice civil en fonction de l'âge atteint par chaque assuré calculé par différence de millésimes et en fonction de son lieu de résidence, selon le barème en vigueur.

Païement des cotisations

Les cotisations sont payables d'avance le 10 du mois d'échéance de la cotisation, soit par prélèvement automatique mensuel, trimestriel, semestriel ou annuel, soit par chèque. Les cotisations sont dues à compter de la date d'effet de l'adhésion.

Les droits d'adhésion annuels à l'APGK s'ajoutent aux cotisations SP VIE PARTICULIER. Ces frais sont précisés sur la demande d'adhésion.

ARTICLE 12

DATE D'EFFET DE L'ADHÉSION

La date d'effet de l'adhésion est fixée :

- au premier jour du mois en cours si la demande d'adhésion est reçue entre le 1er et le 15 du mois,
- au premier jour du mois suivant si la demande d'adhésion est reçue entre le 16 et le 31 du mois.

L'assuré peut demander le remboursement des frais de santé engagés à partir de cette date d'effet.

ARTICLE 13

CHANGEMENT DE FORMULE

L'assuré peut changer de formule au 1er janvier de chaque année, avec un préavis de deux mois à condition d'avoir gardé au moins un an la garantie souscrite au jour de l'adhésion. La demande de changement de formule est subordonnée à l'acceptation de la Mutuelle. Le changement de formule est valable au minimum pour une période d'un an.

ARTICLE 14

OBLIGATIONS DE L'ASSURÉ

Changement dans la situation des bénéficiaires

L'adhérent doit informer la Mutuelle de tout changement le concernant ou concernant les autres bénéficiaires dans le mois suivant ce changement.

Il en est notamment ainsi en cas de changement :

- de nom,
- de situation matrimoniale,
- de situation familiale,
- de régime d'assurance maladie obligatoire,
- d'adresse (par défaut les lettres adressées au dernier domicile connu produiront tous leurs effets).

Ces modifications sont prises en compte au jour de la réception de la demande ou à une date ultérieure choisie par l'adhérent dès lors que celle-ci est compatible avec les dispositions du contrat et sous réserve de l'acceptation expresse de la Mutuelle.

Ajout d'un ayant droit

L'adhérent a la possibilité d'ajouter un bénéficiaire si ce dernier répond à la définition de l'ayant droit figurant à l'article 3. La modification est prise en compte le premier jour du mois suivant la réception de la demande ou à une date ultérieure choisie par l'adhérent sous réserve de l'acceptation expresse de la Mutuelle. Néanmoins, si cet ajout fait suite à un mariage, à la naissance ou à l'adoption d'un enfant, la modification prendra effet au jour de l'événement sous réserve que la demande soit faite moins de deux mois après cette date ; passé ce délai, elle prendra effet le jour de réception de la demande par la Mutuelle.

Radiation d'un ayant droit

La modification est prise en compte le jour de la réception de la demande effectuée par l'adhérent ou à une date ultérieure choisie par lui, sous réserve de l'acceptation expresse de la Mutuelle et de la restitution de l'attestation de tiers-payant en cours de validité.

ARTICLE 15

CONDITIONS DE RENONCIATION

L'assuré peut renoncer à son adhésion dans les 30 jours qui suivent la date figurant sur le courrier accompagnant son certificat d'adhésion, par lettre recommandée avec avis de réception (rédigée sur la base du modèle ci-après) adressée à KLESIA MUTUELLE.

Modèle de courrier :

« *Monsieur le Directeur,*

Par la présente lettre recommandée avec avis de réception, j'exerce la faculté de renonciation et je demande le remboursement intégral des sommes versées.

Date, signature et référence du contrat. »

En cas de renonciation, le versement de l'assuré lui sera intégralement remboursé dans les 30 jours suivant la réception de son courrier. En cas de règlement de prestations entre la date d'effet et la date de renonciation, la Mutuelle est en droit d'exiger le remboursement des sommes réglées.

ARTICLE 16

CONDITIONS DE RÉSILIATION DE L'ADHÉSION

Résiliation volontaire de l'assuré

L'assuré peut résilier son adhésion au 31 décembre de chaque année par lettre recommandée avec un préavis de deux mois.

Néanmoins, sa résiliation volontaire peut être acceptée à tout moment s'il produit une attestation de son employeur précisant son obligation d'adhérer au régime collectif obligatoire de son entreprise. La Mutuelle se réserve le droit de lui demander un justificatif.

La résiliation prend effet à la date de son adhésion au régime collectif de l'entreprise sous réserve que l'intéressé ait informé la Mutuelle dans les 30 jours qui suivent le changement de régime. À défaut, la résiliation prendra effet au 1er jour du mois de réception de la notification.

Résiliation pour non-paiement de la cotisation

L'assuré doit s'acquitter de sa cotisation dans les 10 jours de son échéance, sous peine d'exclusion de la Mutuelle. L'exclusion ne peut intervenir que dans un délai de 40 jours à compter de la notification de la mise en demeure. Cette lettre ne peut être envoyée que dix jours au plus tôt après la date à laquelle les sommes doivent être payées.

Lors de la mise en demeure, l'assuré est informé qu'à l'expiration du délai prévu à l'alinéa précédent, le défaut de paiement de sa cotisation entraînera la résiliation de son adhésion.

Cette résiliation ne peut faire obstacle, le cas échéant, au versement des prestations acquises en contrepartie des cotisations qui ont été versées antérieurement.

Réticence et fausses déclarations

La garantie accordée par la Mutuelle est nulle en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de l'assuré, quand cette réticence ou fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion par la Mutuelle, même si le risque omis ou dénaturé a été sans influence sur la réalisation du risque.

Les cotisations acquittées demeurent alors acquises à la Mutuelle qui a droit au paiement de toutes les cotisations échues, à titre de dommages et intérêts. Une omission ou fausse déclaration de la part de l'assuré, dont la mauvaise foi n'est pas établie, n'entraîne pas la nullité de la garantie prévue à la demande d'adhésion et au contrat.

Si la réticence ou fausse déclaration intentionnelle est constatée avant toute déclaration de dépense de santé, la Mutuelle a le droit de maintenir le contrat moyennant une augmentation de cotisation soumise à l'accord de l'assuré. À défaut d'accord, la résiliation du contrat prend effet dix jours après avoir été notifiée à l'assuré par lettre recommandée. Dans ce cas, la Mutuelle restitue à l'assuré la part de cotisation payée pour le temps où la garantie ne court plus.

Dans le cas où la constatation n'a lieu qu'après déclaration de dépense de santé, la prestation est réduite en proportion des cotisations payées par rapport aux cotisations qui auraient été dues si les risques avaient été complètement et exactement déclarés.

ARTICLE 17

CONTROLE MEDICAL

Pour toute demande de prestation, la Mutuelle se réserve le droit de demander tous renseignements médicaux complémentaires et de faire procéder à des examens par son médecin-conseil, les honoraires étant à la charge de la Mutuelle.

L'assuré principal ou le bénéficiaire concerné s'engage à se soumettre à cet examen. Il peut, s'il le souhaite, se faire assister à ses frais par le médecin de son choix et doit (sauf impossibilité justifiée), fournir au médecin conseil de la Mutuelle les renseignements demandés et lui indiquer la nature de la maladie traitée.

ARTICLE 18

COMMUNICATION - RECOURS

Droit d'accès, de rectification, de suppression et d'opposition

L'assuré est protégé par la Loi N°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés. En conséquence, il dispose d'un droit d'accès, de rectification, de suppression et d'opposition pour motif légitime de toute information le concernant qui figurerait sur le fichier à l'usage de la Mutuelle, de ses mandataires, des réassureurs ou des organismes professionnels concernés.

L'assuré peut exercer ses droits auprès de KLESIA MUTUELLE à l'adresse suivante :

Service INFO CNIL, 13 rue Denise Buisson 93554 MONTREUIL Cedex ou par mail à l'adresse suivante : **info.cnil@klesia.fr**. La demande doit être accompagnée d'une copie d'un titre d'identité en cours de validité.

Réclamation

Les réclamations relatives au fonctionnement du contrat devront être adressées à :

Coordonnées délégataire

Si un désaccord persistait après réponse de la Mutuelle et sans préjudice du droit de l'assuré à agir en justice, ce dernier peut, afin de trouver une issue amiable au différend qui l'oppose à la Mutuelle, saisir par courrier le Médiateur de la FNMF à l'adresse suivante : 255 rue de Vaugirard 75015 Paris.

Les ayants droit de l'assuré disposent également de cette possibilité.

ARTICLE 19

DÉLAI DE PRESCRIPTION

Toute action dérivant de l'adhésion est prescrite par deux ans.

Ce délai commence à courir à compter du jour de l'événement qui donne naissance à cette action.

L'assuré peut interrompre le délai de prescription par une cause ordinaire d'interruption, ainsi que dans les cas ci-après : désignation d'expert, envoi d'une lettre recommandée avec avis de réception à la Mutuelle en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

ARTICLE 20

SUBROGATION

La Mutuelle est subrogée dans les droits de l'assuré à concurrence des droits indemnisés, et dans ses actions contre le tiers Responsable.

ARTICLE 21

ORGANISME DE CONTRÔLE

L'autorité chargée du contrôle de la Mutuelle est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) - 61 rue Taitbout - 75009 Paris.

Fait à Paris, le

Pour l'APGK, Madame Catherine ABIVEN

Pour KLESIA MUTUELLE,