



NOTICE D'INFORMATIONS

Notice d'information relative au contrat collectif à adhésion facultative **Cap Vert** souscrit sous les N° 01 09 01 10 43 et 01 09 09 10 43 :

- par l'**Association Interprofessionnelle de Solidarité (AGIS)**, association loi 1901, déclaration à la préfecture de Paris n°546967p - Siège : 86, boulevard Haussmann - 75380 Paris Cedex 08), dénommée ci-après « **Association** »
- auprès de la **Mutuelle pour la Prévoyance et les Garanties Sociales (MPGS)**, Mutuelle, soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité, siège 19, rue de la Trémoille - 75008 Paris, immatriculée au RNM n° 434 869 103 dans le respect de ses statuts, de son règlement mutualiste, de son règlement intérieur, et du Code de la Mutualité, le tout formant un tout indissociable, désignée ci-après « **la Mutuelle** »

Le contrat **Cap Vert** a été développé et négocié par **ECA Assurances**, qui le commercialise à titre exclusif via son propre réseau commercial et un réseau d'intermédiaires d'assurances partenaires.

La gestion des adhésions au contrat **Cap Vert**, par délégation de la mutuelle MPGS, est effectuée par **ECA Assurances - Adresse du centre de gestion : ECA-Assurances BP 80531 - 75428 Paris Cedex 09 et mention légales**, dénommé dans le texte ci-après « **ECA Assurances** ».

Lexique

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

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

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

Couple : Est considéré comme couple, l'adhérent et son conjoint.

Enfant : Il s'agit de votre ou de vos enfants fiscalement à votre charge, ou ceux de votre Conjoint. La garantie cesse à leur égard à la fin de l'année suivant leur 25^{ème} anniversaire. A compter de 18 ans les enfants peuvent continuer à être assurés dans le cadre de l'adhésion des parents moyennant l'acquiescement d'une cotisation Adulte correspondant à leur âge.

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

Échéance principale : Date de renouvellement de l'adhésion (1^{er} janvier de chaque année) et date à partir de laquelle la cotisation est due pour l'année d'assurance à venir.

Année d'assurance : Période s'écoulant entre deux dates d'échéance principale (la première année : période s'écoulant entre la date de prise d'effet des garanties et l'échéance principale suivante).

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

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

Garantie : Elle correspond aux prestations assurées dans le cadre de l'option retenue qui forment un tout indissociable et constituent ainsi la garantie.

Régime obligatoire (RO) : C'est le régime obligatoire d'assurance maladie de Sécurité sociale Française dont relève l'assuré.

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

Plafond annuel de remboursement : seuil limite annuel de la prise en charge par l'assureur d'une dépense pour un type d'acte. **Le plafond annuel s'entend par année d'assurance.**

France : Il s'agit de la France continentale et des départements et territoires d'outre-mer.

Nous : Il s'agit de nous la Mutuelle.

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

Préambule

Votre adhésion au contrat est :

- régie par les dispositions qui suivent dans le présent document. La loi applicable est la loi française, notamment par le Code de la Mutualité. Vos relations avec les différents participants s'effectueront dans la langue française pendant toute la durée de votre adhésion,
- constituée des éléments suivants :
 - la présente **Notice d'information** qui définit les conditions d'application de votre adhésion au contrat, expose l'ensemble des garanties proposées et pouvant être souscrites. Elle vous informe sur les risques non couverts et vous indique également la marche à suivre pour obtenir vos remboursements,
 - le **certificat d'adhésion** qui précise notamment les différentes dispositions personnelles de votre adhésion, les personnes assurées, l'étendue et les modalités des garanties effectivement souscrites.
 - le **tableau des garanties** qui précise les dépenses de santé assurées et le montant de la participation correspondante.

Art. 1. Objet du contrat

Le contrat **Cap Vert** a pour objet de permettre à l'Adhérent de bénéficier, durant la période de validité de son adhésion, du remboursement de ses dépenses de santé suite à une maladie, un accident ou une hospitalisation.

Cette garantie peut être étendue aux membres de la famille de l'Adhérent.

Art. 2. Nature des garanties du contrat

• Garanties « contrat solidaire » :

L'accès au contrat et aux garanties proposées dans le cadre des différentes options est acquis quel que soit l'état de santé de l'Assuré, qui n'aura pas à répondre à un questionnaire de santé.

• Garanties « contrat responsable »

Les différentes formules de garantie santé du contrat **Cap Vert** respectent l'ensemble des dispositions du cahier des charges du contrat dit « Responsable », dont notamment :

- le remboursement de certains actes de prévention, les minima de prise en charge de certains actes et produits,
- et la non prise en charge de la majoration du ticket modérateur appliquée par le Régime Obligatoire dans certaines situations, du dépassement d'honoraires en cas de non-respect du parcours de soins, de la participation forfaitaire, ainsi que les franchises instituées.

En cas d'évolutions législatives et réglementaires effectuées dans ce cadre, les garanties du contrat seront mises en conformité, après information préalable des Adhérents.

Art. 3. Qui peut adhérer au contrat ?

- Pour adhérer au contrat **Cap Vert**, vous devez :
 - être assujéti à un Régime Obligatoire, en tant qu'assuré social ou ayant-droit,
 - respecter l'âge limite d'adhésion précisé à l'article 4.

• **Dispositions spécifiques au contrat N° 01 09 09 10 43 (Contrat réservé aux seuls adhérents sous statut TNS souhaitant bénéficier de la possibilité de déductibilité fiscale des cotisations de leur régime complémentaire santé)** : Pour adhérer à ce contrat vous devez relever du Régime Obligatoire d'assurance maladie des travailleurs non salariés et vous engager à être à jour, pendant toute la durée de votre adhésion au contrat, de vos cotisations auprès des régimes obligatoires de base.

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

L'adhérent, et s'ils sont désignés sur le Certificat d'adhésion, son conjoint, ses enfants à charge (au sens de la Sécurité Sociale). Les assurés doivent par ailleurs être affiliés auprès d'un Régime Obligatoire en tant qu'assuré social ou ayant droit.

Âge limite d'adhésion : 80 ans (65 ans pour la formule 4) lors de la prise d'effet des garanties, 20 ans pour les enfants. Pour la détermination de l'âge de l'Assuré, nous prenons celui de l'assuré au 31 décembre de l'année d'adhésion.

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

L'adhésion est viagère dès sa prise d'effet.

L'adhésion prend effet à la date mentionnée sur le Certificat d'adhésion. Elle se renouvelle ensuite au 1er janvier de chaque année sauf dénonciation par vous, nous ou l'Association dans les conditions mentionnées à l'article 14.1. Vous ne pourrez toutefois demander la résiliation que si votre adhésion a une durée effective minimum de 12 mois.

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

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

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

La garantie prend effet à compter de la date d'effet mentionnée sur le certificat d'adhésion à l'égard de chacun des assurés, et expiration des délais d'attente prévus.

Délais d'attente : Sauf mention particulière portée au certificat d'adhésion, les délais d'attente sont fixés comme suit :

- *Consultation et/ou acte de Praticiens de santé non remboursés par le RO ; Prescription de phytothérapie* : **3 mois**
- *Allocation naissance et Actes de dentisterie non remboursés par le RO* : **9 mois**

Art. 7. Territorialité

La garantie du contrat s'exerce en France Métropolitaine, ainsi que les départements et territoires d'outre-mer. Elle s'étend aux accidents et maladies, aux hospitalisations survenues à l'étranger lorsque le Régime Obligatoire de l'Assuré s'applique et que les séjours en dehors du territoire français ne dépassent pas trois mois par an en une ou plusieurs périodes.

Art. 8. Les Exclusions

8.1 - Les exclusions générales

Ne donnent pas lieu à indemnisation les frais et/ou hospitalisation engendrés :

- par des soins commencés ou prescrits avant l'adhésion,
- tout complément alimentaire non prescrit,
- ainsi que les accidents ou maladies et leurs suites qui résultent :
 - de la pratique par l'assuré de tout sport à titre professionnel ou de sa participation à des paris ou tentatives de record ;
 - de l'ivresse, de l'éthylisme ou de la toxicomanie de l'assuré ;
 - d'un acte intentionnel de la part de l'assuré ou de sa tentative de suicide consciente ou inconsciente ;
 - de la guerre étrangère ou guerre civile, de la participation de l'assuré à des opérations militaires, à des altercations ou des rixes (sauf cas de légitime défense) ;
 - des effets directs ou indirects d'origine nucléaire ou causés par toute source de rayonnements ionisants (sauf s'il s'agit d'un dysfonctionnement ou d'une erreur de manipulation d'un instrument au cours d'un traitement auquel l'assuré est soumis à la suite d'un événement garanti).

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

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

- hélio-marins ou de thalassothérapie, centre de diététique ;
- les hospitalisations et séjours en établissement, centre ou service dit de long et moyen séjour ;
- de gériatrie, de retraite ainsi que les séjours dans les hospices ou les centres hospitaliers pour personnes âgées dépendantes ;

8.3 - Les exclusions relatives aux hospitalisations et traitements suivants :

Nous ne garantissons pas :

- Les frais de chambre particulière lors de séjours de rééducation, convalescence, réadaptation fonctionnelle et en maisons de repos ainsi qu'en cas d'hospitalisation ou de séjour en secteur de psychiatrie ou neuropsychiatrie
- les frais de traitement et d'intervention chirurgicale à caractère esthétique non consécutifs à un accident ; le caractère esthétique est établi par le Médecin Conseil de ECA Assurances indépendamment de tout accord ou refus de prise en charge du Régime Obligatoire de l'assuré ;
- tous frais non consécutifs à un accident, facturés par un praticien spécialisé en chirurgie plastique ;
- les cures de sommeil, amaigrissement, rajeunissement, désintoxication, ainsi que leurs suites ;
- les interventions ayant pour but de remédier à des maladies ou infirmités congénitales, ainsi que leurs suites, sauf pour les nouveau-nés sous réserve que l'enfant nous ait été déclaré dans les 30 jours suivant sa naissance.

8.4 - Les Limitations

• La prise en charge de tous frais relatifs à des séjours :

- de rééducation, convalescence, réadaptation fonctionnelle et en maisons de repos est limité à 90 jours par séjour et par événement.
- en secteur de psychiatrie ou neuropsychiatrie est limité à 30 jours par an et par personne.
- Les frais d'accompagnement en cas d'hospitalisation d'un enfant de moins de 16 ans sont pris en charge dans la limite de 90 jours par an.
- Pour les consultations de psychiatrie et neuropsychiatrie, la prise en charge de ces consultations à hauteur des

garanties précisées dans le tableau des garanties pour l'option retenue est de 6 par an et par assuré.

- Par ailleurs, les frais d'hospitalisation ou de séjour en centre pour le traitement des affections mentales ou psychiatriques seront limités pour chaque assuré à 90 jours pour toute la durée de vie de l'adhésion.

- La chambre particulière est limitée à 90 jours **par séjour pour un même motif** en hospitalisation médicale et 6 jours en maternité.

- Le forfait journalier est limité à 30 jours en secteur de psychiatrie **ou de neuropsychiatrie**, 90 jours en maison de repos, de convalescence et de rééducation.

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

EN AUCUN CAS LE VERSEMENT DE PRESTATIONS, MÊME EFFECTUÉ À PLUSIEURS REPRISES, NE SAURAIT CONSTITUER UNE RENONCIATION DE LA MUTUELLE À L'UNE DES EXCLUSIONS DE GARANTIES PRÉVUES AU CONTRAT.

Art. 9. Les déclarations de l'adhérent

9.1 - À l'adhésion

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

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

9.2 - En cours d'adhésion

Vous devrez :

- nous déclarer au plus tard dans les 15 jours :
 - toute modification des éléments spécifiés au Certificat d'Adhésion,
 - les changements ou cessation d'affiliation d'un des assurés à un Régime Obligatoire,
 - les changements de domicile ou la fixation du domicile en dehors de la France Métropolitaine.
- procéder aux déclarations prévues pour tout nouvel assuré à prendre en compte dans le cadre de votre adhésion. Les conditions d'accès au contrat sont les mêmes que celles définies pour les assurés lors de l'adhésion.

Si les éléments modifiés constituent :

- une aggravation de risque (hors problème de santé), nous pourrions, soit dénoncer l'adhésion sous préavis de 10 jours, soit proposer une nouvelle cotisation. Si vous refusez nos nouvelles conditions de garantie, vous devrez nous en informer par lettre recommandée dès la réception de notre notification. Nous procéderons alors à la résiliation de votre adhésion moyennant un préavis de 10 jours.
- une diminution de risque, nous pourrions diminuer la prime en conséquence. A défaut, vous pourrez demander la résiliation de votre adhésion moyennant un préavis de 30 jours

Toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle, toute omission ou déclaration inexacte, faite lors de l'adhésion ou en cours d'adhésion, entraîne selon la situation la nullité de l'adhésion la réduction des indemnités conformément aux dispositions du Code de la mutualité.

9.3 - Les autres documents à nous transmettre

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

9.4 - Validité de vos déclarations

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

L'emploi de documents ou la production de renseignements inexacts ayant pour but ou pour effet d'induire ECA Assurances (ou la Mutuelle) en erreur sur les causes, circonstances, conséquences ou montant d'un sinistre entraîne l'annulation de l'adhésion, les cotisations versées ne pouvant faire l'objet d'aucun remboursement.

Art. 10. Cotisation

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

- **En début d'adhésion** : Le montant de votre cotisation est mentionné sur le certificat d'adhésion. Il est déterminé en fonction de l'option de garantie choisie, de l'âge des

assurés, du lieu du domicile de l'adhérent et des modalités de prise en charge et bases de remboursement en vigueur du ou des Régimes obligatoires dont ils relèvent lors de la prise d'effet des garanties.

- **En cours d'adhésion** : les cotisations évoluent lors de chaque renouvellement annuel de 2 % par an jusqu'à l'âge de 60 ans, et de 3 % à partir de 60 ans. En cas d'ajout d'un nouvel assuré la cotisation en vigueur est augmentée du montant de la cotisation respective lors de la prise d'effet de sa garantie. Le montant de la cotisation sera mentionné sur le nouveau certificat d'adhésion ou sur l'avenant correspondant.

Votre cotisation peut également varier en cas de changement :

- du Régime Obligatoire d'un des assurés.

- du lieu de votre domicile

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

La cotisation du troisième enfant et des suivants est gratuite à condition que les deux premiers enfants assurés paient une cotisation en « qualité » d'enfant.

La qualité d'enfant au sens de la cotisation s'acquiert en devenant assuré avant l'âge de 19 ans et se perd à la fin de l'année de l'assurance au cours de laquelle l'enfant atteint l'âge de 20 ans

10.2 - La variation de vos cotisations

- Lors de chaque échéance principale, votre cotisation, en dehors de la variation prévue en fonction de l'âge des assurés, évoquée ci-dessus :

- évoluera en fonction du taux d'accroissement des dépenses de santé publié par la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés.

- pourra également varier en fonction de l'évolution de la consommation constatée sur l'ensemble des adhésions respectives à chacun des contrats.

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

10.3 - Le paiement de vos cotisations

Votre cotisation est annuelle et payable d'avance à **ECA Assurances**. Les modalités convenues pour le paiement de la cotisation (périodicité et mode de règlement), sont mentionnées sur le certificat d'adhésion.

10.4 - Le non paiement de vos cotisations

À défaut de paiement de votre cotisation ou d'une fraction de celle-ci dans les 10 jours suivants son échéance, nous pourrions, indépendamment de notre droit de poursuivre l'exécution de votre adhésion en justice, vous adresser à votre dernier domicile connu une lettre recommandée valant mise en demeure. Vos garanties pourront être suspendues à l'issue d'un délai de 30 jours après l'envoi de cette lettre, et votre adhésion résiliée 10 jours après l'expiration du délai précité de 30 jours.

Les coûts d'établissement et d'envoi de lettre de mise en demeure sont à votre charge ainsi que les frais de poursuite et de recouvrement dont la récupération est autorisée par la loi.

Art. 11. Modifications des garanties

L'Adhérent peut demander à modifier ses garanties.

En cas de modification vers des garanties inférieures : La modification prendra effet à la prochaine échéance annuelle, sous réserve d'en effectuer la demande au moins deux mois avant cette date.

En cas de modification vers des garanties supérieures : la modification prendra effet le premier du mois suivant sa demande. Dans ce cas, le retour à une garantie inférieure, évoqué au paragraphe ci-dessus, ne pourra être effectif lors d'une échéance principale annuelle que dans la mesure où vous justifiez d'une période d'assurance de 12 mois complets dans la nouvelle formule de garantie.

Art. 12. Quelles sont vos garanties ?

Votre garantie Santé

- Notre participation telle que prévue au sens du présent contrat, intervient sur les dépenses de santé engagées par l'assuré, pour des actes, produits, et matériels médicaux ou chirurgicaux prescrits entre les dates de début et de fin de sa garantie, pour autant que ceux ci soient expressément mentionnés sur le tableau des garanties pour l'option de garantie retenue, dans la limite des montants qui sont indiqués.

- Les actes, produits, et matériels médicaux ou chirurgicaux non mentionnés dans le tableau des garanties pour l'option de garantie choisie ne peuvent donner lieu à participation de notre part.

- La date prise en compte pour la prise en charge des dépenses de santé garanties est celle qui correspond :

- à la date des soins figurant sur le bordereau de remboursement du Régime Obligatoire (ou dans le fichier informatique communiqué par celui ci) ;

- aux dates de prescription, de proposition, d'exécution et de délivrance pour les frais et actes non pris en charge par le Régime Obligatoire.

En tout état de cause, les dates de proposition, d'exécution et de délivrance doivent se situer dans la période de garantie.

- Nos remboursements viennent en complément de ceux de la Sécurité Sociale (ou de tout autre organisme offrant des prestations similaires), et de ceux des éventuels organismes complémentaires auprès desquels les assurés pourraient être garantis.

- Vous ne pourrez percevoir pour vous-même ou pour les membres de votre famille assurés, un remboursement supérieur à celui des frais réellement engagés, tels qu'ils figurent sur le bordereau ou la feuille de soins de la Sécurité Sociale et le cas échéant, ou les factures des professionnels de santé lorsque les frais en cause garantis ne sont pas remboursés par le Régime Obligatoire.

- Pour le remboursement des frais relatifs aux actes et biens médicaux, nous nous conformons aux dispositions de la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP), de la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM), de la Liste des Produits et Prestations (LPP) et de la Table Nationale de Biologie (TNB).

- À l'exception des cas où nous réglons directement au professionnel de santé les dépenses engagées, le remboursement des dépenses est toujours établi à l'ordre de l'adhérent pour l'ensemble des assurés et effectué en France dans la monnaie légale de l'Etat Français.

- Certains frais non pris en charge par la Sécurité Sociale, peuvent faire l'objet d'un remboursement de notre part, s'ils sont prévus dans le tableau des garanties assurées joint au certificat d'adhésion.

Cas particulier des consultations de praticiens de santé et de Bien-être non pris en charge par le RO (Médecine complémentaire) :

Les consultations des praticiens de santé non prises en charge par le régime de base, nommément listés dans le tableau des garanties, sont prises en charge dans la limite du montant par consultation et dans la limite annuelle précisés dans la formule de garantie souscrite. Ces actes doivent avoir été réalisés par des praticiens diplômés d'un établissement de formation agréé par le Ministère de la Santé.

Cas particulier des prescriptions de phytothérapie prescrites et non remboursée par le RO :

Les produits de phytothérapie prescrits par un praticien de santé ou de Bien-être, non remboursés par le RO, sont pris en charge à hauteur de 50 % des dépenses réelles dans la limite du forfait annuel précisé dans la formule de garantie souscrite.

Allocation naissance : Si elle est prévue pour la formule de garantie choisie, une allocation est versée en cas de naissance d'un enfant de l'adhérent, pour autant que son inscription en tant que nouvel assuré dans le cadre de l'adhésion, soit demandée au plus tard dans les trois mois suivant la date de naissance.

Les services complémentaires santé proposés

- Tiers payant : si ce service est prévu dans le tableau des garanties, une carte de tiers payant peut être délivrée à l'adhérent par **ECA Assurances** lors de la mise en place des garanties afin de permettre aux assurés la dispense d'avance de frais auprès de certains professionnels de santé partenaires.

L'utilisation de la carte de tiers payant n'est acquise, sous peine de poursuites, que si l'adhérent est à jour de ses cotisations au jour de l'utilisation de ladite carte. En cas d'utilisation frauduleuse de la carte de tiers payant, **ECA Assurances** pourra demander à l'adhérent le remboursement des sommes exposées auprès des professionnels de santé consultés.

L'adhérent qui cesse pour quelque raison que ce soit de bénéficier des garanties s'engage à restituer immédiatement sa carte en cours de validité.

Art. 13. Comment obtenir vos prestations ?

Les documents que vous devez transmettre.

Pour le remboursement des dépenses de santé :

Lorsque l'assuré ne bénéficie pas de la télétransmission avec sa Caisse d'Assurance Maladie ou que ECA assurances n'a pas effectué le règlement des frais directement au professionnel de santé, les documents à nous transmettre sont les suivants :

- Hospitalisation : L'original du décompte de la Sécurité Sociale* ou les originaux des factures de l'établissement hospitalier et les notes d'honoraires des chirurgiens présentant la cotation détaillée des actes.

- La médecine courante : la pharmacie, les frais de transport, les prothèses et les appareillages (les prothèses

auditives, les prothèses orthopédiques, etc.) : L'original du décompte de la Sécurité Sociale*.

- Le dentaire : L'original du décompte de la Sécurité Sociale*. Pour les prothèses, l'orthodontie, et les frais non remboursés par le Régime Obligatoire l'original de la facture détaillée acquittée de tous les actes.
- L'optique : L'original du décompte de la Sécurité Sociale* ou la facture détaillée acquittée établie par l'opticien.
- Praticiens de santé et de Bien-être non pris en charge par le RO: la note d'honoraires ou la facture détaillée justifiant la dépense réelle.
- Produits de physiothérapie non remboursés par le RO : la facture détaillée de l'officine accompagnée de la prescription du professionnel de santé.
- Allocation naissance : acte de naissance

Compte tenu de la situation particulière de certains dossiers, **ECA Assurances** pourra être amené à demander aux assurés des pièces complémentaires à celles énumérées ci-dessus.

Les demandes de remboursements ou de prestation quelle que soit leur nature doivent parvenir à **ECA Assurances** dans un délai de deux ans suivant la date de cessation des soins, sous peine de déchéance. Ce délai est ramené à trois mois en cas de résiliation de l'adhésion.

*ou l'original du décompte de remboursement de votre régime complémentaire, dans le cas où vous auriez déjà obtenu un remboursement de ce dernier.

Contrôle des dépenses - Contrôle médical

Nous nous réservons la possibilité de demander aux assurés :

- tous renseignements ou documents dont nous jugerions utiles de disposer pour l'appréciation du droit aux prestations. Si ces renseignements ou documents ont un caractère médical, l'assuré peut les adresser sous pli confidentiel au Médecin Conseil d'ECA Assurances.
- de se faire examiner par un médecin de notre choix.

L'assuré s'engage, à se soumettre à cet examen, sous peine d'être déchu du droit aux prestations pour l'accident ou la maladie en cause.

Arbitrage

En cas de désaccord d'ordre médical, entre l'assuré et nous, le différend sera soumis à une procédure d'arbitrage amiable.

Chacune des parties désignera un médecin. Si les médecins ne sont pas d'accord, ils choisiront un 3^{ème} médecin chargé de les départager. En cas de difficulté sur ce choix la désignation sera faite par le Président du Tribunal de Grande Instance du domicile de l'assuré, à la requête de la partie la plus diligente.

Chaque partie paiera les frais et honoraires de son médecin, et s'il y a lieu, la moitié des frais et honoraires du 3ème médecin et des frais de sa nomination.

Art. 14. Résiliations

14.1 - L'adhésion peut être résiliée :

Par l'Adhérent :

- A l'issue de la première année (12 mois complets d'assurance) moyennant un préavis de deux mois au moins, puis ensuite à chaque échéance principale fixée au 1er janvier moyennant un préavis de deux mois au moins.
- En cas de disparition des circonstances aggravantes mentionnées dans le contrat, si la mutuelle refuse de réduire la prime en conséquence.
- Dans les trois mois suivant le changement de domicile, de situation matrimoniale, de régime matrimonial, de profession, la retraite professionnelle ou la cessation définitive d'activité professionnelle de l'assuré, lorsque l'adhésion a pour objet la garantie de risques en relation DIRECTE avec la situation antérieure et qui ne se retrouvent pas dans la situation nouvelle. La résiliation prendra effet un mois après la réception de la demande de résiliation.

De plein droit : En cas de retrait de l'agrément de la mutuelle.

Contractuellement :

En cas de perte de la qualité d'assuré social de l'adhérent, l'adhésion sera résiliée. Les autres assurés pourront continuer à être assurés s'ils en effectuent la demande.

14.2 - Les modalités de la résiliation

- La résiliation par l'adhérent doit être effectuée par courrier recommandé adressé au siège de **ECA Assurances**.
- la résiliation par la mutuelle sera notifiée à l'Adhérent par lettre recommandée à son dernier domicile connu.

14.3 - Les conséquences de la résiliation

Lorsque l'adhésion est résiliée, les prestations ne sont dues que pour les soins et traitements administrés avant la prise d'effet de la résiliation.

Art. 15. Prescription

La prescription est l'extinction d'un droit après un délai prévu par la loi. Toutes actions dérivant du présent contrat sont prescrites dans les délais et termes des articles suivants du Code de la Mutualité :

Article L221-11: Toutes actions dérivant des opérations régies par le présent titre 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, du fait du membre participant, que du jour où la mutuelle ou l'union en a eu connaissance ;
- 2° En cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand l'action du participant, du bénéficiaire ou de l'ayant droit contre la mutuelle ou l'union a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre le membre participant ou l'ayant droit, ou a été indemnisé par celui-ci.

La prescription est portée à dix ans lorsque, pour les opérations mentionnées au b du 1° du I de l'article L.111-1, le bénéficiaire n'est pas le membre participant et, dans les opérations relatives aux accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit du membre participant décédé.

Pour les contrats d'assurance sur la vie, notwithstanding les dispositions du 2°2, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès du membre participant.

Article 221-12 : La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque. 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 la mutuelle ou l'union au membre participant, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par le membre participant, le bénéficiaire ou l'ayant droit à la mutuelle ou à l'union, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Article L221-12-1: Par dérogation à l'article 2254 du code civil, les parties à une opération individuelle ou collective 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.

Art. 16. Subrogation

L'Assuré ou ses ayants-droit conservent leur droit de recours contre tout responsable.

Toutefois, si la Mutuelle a payé une indemnité au titre des frais de soins, il se substitue à l'Assuré dans ses droits et obligations et jusqu'à concurrence de cette indemnité, contre tout responsable.

Art. 17. Informatique et liberté

Loi du 06/01/1978 modifiée. Le responsable du traitement de vos données personnelles est le Service clients d'**ECA Assurances, ECA-Assurances** BP 80531 - 75428 Paris Cedex 09 auprès duquel vous pouvez exercer vos droits d'accès et de rectification. Ces données seront utilisées pour le suivi de votre dossier et l'envoi de documents sur les produits de **ECA Assurances**, destinataire, avec ses mandataires, de l'information. Pour ne pas être sollicité, nous vous invitons à nous le faire savoir par simple courrier à l'adresse précitée.

Art. 18. Les réclamations - La médiation

Si vous rencontrez des difficultés liées à l'application du contrat, vous pouvez formuler une réclamation ou signifier votre désaccord, par courrier simple adressé à d'**ECA Assurances ECA-Assurances** BP 80531 - 75428 Paris Cedex 09.

Si un différend persistait après la réponse apportée, vous aurez la faculté de demander l'avis d'un médiateur indépendant. Les coordonnées du Médiateur seront communiquées sur simple demande au siège de la Mutuelle - MPGS - 19, rue de la Trémoille - 75008 Paris.

Art. 19. Autorité de tutelle

Pour les Mutuelles ayant leur Siège en France, l'autorité de tutelle est l'Autorité de Contrôle Prudentiel (ACP) : 61, rue Taitbout - 75436 Paris Cedex.

Art. 20. Possibilité de renonciation

Dans le cas où l'adhésion a été souscrite dans le cadre d'un système de commercialisation à distance (article L 112-2 du code des assurances ou L 221-18 du code de la mutualité et L 121-20-8 du code de la consommation), l'adhésion peut être exécutée immédiatement et intégralement à compter de sa conclusion à la demande expresse de l'adhérent. Dans ce cadre, et conformément aux textes précités, l'adhérent dispose d'un délai de 14 jours calendaires révolus pour se rétracter à compter de la date de réception des documents contractuels. Cette renonciation doit être faite par lettre recommandée avec accusé de réception, envoyée à **ECA Assurances ECA-Assurances** BP 80531 - 75428 Paris Cx 09

Elle peut être faite suivant le modèle de lettre ci-après. La cotisation dont l'adhérent est redevable en contrepartie de l'exécution immédiate et intégrale au contrat avant l'expiration de ce délai de rétractation est égale au prorata de la cotisation annuelle pour la période écoulée entre la conclusion du contrat et l'éventuelle rétractation.

En cas de renonciation :

- Si des prestations ont été versées, l'adhérent s'engage à rembourser à la Mutuelle les montants perçus dans un délai de 30 jours ;
- Si des cotisations ont été perçues, la Mutuelle les remboursera déduction faite de la cotisation au prorata de la période de garantie, dans un délai de 30 jours.

Modèle de lettre de renonciation :

*Messieurs, je soussigné (Nom et Prénom de l'adhérent), demeurant à (domicile principal), ai l'honneur de vous informer que je renonce à mon adhésion au contrat **Cap Vert** (indiquer numéro d'adhésion), que j'ai signé le (indiquer la date) et (si des cotisations ont été perçues) vous prie de me rembourser les cotisations déduction faite de la cotisation au prorata de la période de garantie. Je m'engage de mon côté à rembourser le montant des prestations qui ont pu m'être versées.*

Fait à....., le

Signature