



Il a été conçu entre l' Association de Prévoyance Européenne (APE) 8 rue des Acacias 92130 Issy les Moulineaux et Fidelidade - Companhia de Seguros, S.A. (l'Assureur). (Siège : Largo do Calhariz, 30 - 1249-001 Lisboa - Portugal / Succursale France : 29, bd des Italiens - 75002 Paris - RCS Paris B 413 175 191), un Contrat d'assurance de groupe à adhésion facultative dont la gestion a été confiée à AGGEMA, situé au 8 rue des Acacias, 92130 Issy-les-Moulineaux RCS Nanterre 449 276 021.

L'autorité de contrôle est l'Instituto de Seguros de Portugal, Avenida de Berna 19 - 1050 Lisboa - Portugal.

Ce Contrat est ouvert aux membres de l'association APE, il est régi par le Code des Assurances, les présentes conditions générales, les Certificats d'adhésion remis aux Adhérents.

ARTICLE 1. OBJET

L'adhésion au Contrat garantit le remboursement des frais médicaux et chirurgicaux engagés par le Bénéficiaire dans la limite des garanties et du niveau souscrit.

ARTICLE 2. QUI PEUT ÊTRE ASSURÉ ?

Pour être admissible à l'assurance, tout proposant doit :

- résider en France (à l'exclusion des Territoires d'Outre-Mer),
- relever d'un régime d'assurance maladie français.

ARTICLE 3. CONTENU DES GARANTIES

Modalités de remboursement

AGGEMA rembourse les dépenses de santé médicalement prescrites à caractère thérapeutique, ayant fait l'objet d'un remboursement préalable au titre d'un Régime obligatoire, sauf dispositions contraires figurant au tableau des garanties.

Les prestations sont basées sur la valeur du Tarif de convention ou du Tarif d'autorité ou toute autre participation fixée par la réglementation Sécurité sociale en vigueur à la date des soins, déduction faite du remboursement du Régime obligatoire.

Le remboursement est effectué poste par poste selon le niveau choisi, conformément au tableau des garanties.

Si les remboursements du Régime obligatoire sont modifiés au cours de l'année l'assureur se réserve le droit de conserver la base de remboursement qui était la sienne en valeur absolue avant ladite modification.

Seuls les frais correspondant à des actes dispensés pendant la période de garantie pourront être indemnisés.

Plafonds

Les remboursements sont plafonnés selon l'option choisie conformément aux tableaux des garanties et sous déduction, s'il y a lieu, des prestations d'autres organismes.

Le cumul des divers remboursements obtenus par un Bénéficiaire ne peut excéder la dépense réelle.

Concernant plus particulièrement :

- L'hospitalisation

- **Les séjours hospitaliers en secteur non conventionné** sont remboursés à partir des garanties choisies.
- **Garantie Cures (hors Cures Thermales)**

Les séjours en établissements climatiques, de rééducation, et de réadaptation, les cures (à l'exclusion de la thalassothérapie) avec hospitalisation, les frais de maisons de repos, d'enfants, de convalescence, de moyens séjours ou assimilés, les séjours relatifs à la désintoxication alcoolique, médicamenteuse, de stupéfiants et substances analogues, sont pris en charge dans la limite prévue au tableau des garanties en fonction de l'option choisie.

Les séjours en établissements diététiques sont pris en charge dans la limite de 90 jours y compris le forfait journalier à l'exclusion de la chambre particulière.

- La psychiatrie

- **Les consultations en psychiatrie, neuropsychiatrie et assimilés** sont prises en charge dans la limite de 5 consultations par Bénéficiaire et par Année d'adhésion.
- **Toute hospitalisation pour motif psychiatrique est prise en charge en établissements conventionnés exclusivement dans la limite de 90 jours par année** y compris le forfait journalier à l'exclusion de la

chambre particulière et déduction faite du remboursement du Régime obligatoire.

- Le dentaire

• Forfait soins dentaires hors nomenclatures :

Les dépenses liées à la pose d'implants, à des actes de parodontologie ou à la prévention des caries sont prises en charge dans la limite du forfait prévu au tableau des garanties en fonction du niveau choisi.

L'ensemble des prothèses est limité par les forfaits prévus au tableau des garanties en fonction du niveau choisi par an et par bénéficiaire.

- L'optique

• Forfait optique

Les verres, montures et lentilles sont pris en charge dans la limite du forfait prévu au tableau des garanties en fonction du niveau choisi.

Les deux premières années d'adhésion, l'ensemble du poste optique est limité par les forfaits prévus au tableau des garanties en fonction du niveau choisi.

• Forfait cure thermale

Les frais de cure thermale (pris en charge par le Régime obligatoire) réellement exposés sont remboursés à hauteur du Tarif Convention dans la limite du forfait prévu au tableau des garanties selon le niveau choisi par Bénéficiaire et par année d'adhésion. **Il exclut le remboursement de tout autre frais.**

• Forfait maternité

La naissance d'un enfant ou l'adoption font l'objet du versement d'un forfait selon le niveau choisi. Il est versé au Bénéficiaire en cas de naissance d'un enfant et doublé en cas de naissances multiples. Il exclut le remboursement de tout autre frais, sauf les dépassements d'honoraires et le supplément chambre particulière en cas d'intervention chirurgicale ou de complication pathologique, qui sont remboursés selon les garanties du niveau choisi. Si l'Adhérent et son Conjoint sont Bénéficiaires, il n'est versé qu'un seul forfait.

• Vaccins

Les dépenses liées à la réalisation de vaccins médicalement prescrits et non remboursés par le Régime obligatoire sont prises en charge dans la limite des Frais Réels prévus au tableau des garanties.

Étendue géographique :

Les garanties s'exercent dans le monde entier dès lors qu'il y a prise en charge par le Régime obligatoire du Bénéficiaire sauf dispositions contraires prévues au tableau des garanties. Les prestations sont remboursées en France et en euros. **Le plafond de l'hospitalisation est fixé à hauteur de 300% du TC pour les soins effectués à l'étranger.**

ARTICLE 4. CONTRÔLE DES PRESTATIONS VERSÉES

AGGEMA pourra demander au Bénéficiaire ayant perçu des prestations, tout renseignement ou document qu'elle jugera utile pour l'appréciation du droit aux prestations. Si ces renseignements ou documents ont un caractère médical, le Bénéficiaire pourra les adresser sous pli confidentiel au Médecin Conseil de l'Assureur.

ARTICLE 5. EXPERTISE

L'Assureur se réserve le droit de faire examiner le Bénéficiaire par un médecin qu'il désigne à cet effet. Sur la base du rapport médical, l'Assureur fixe la date de survenance et accepte ou rejette la demande du Bénéficiaire. La décision de l'Assureur est notifiée au Bénéficiaire. En cas de contestation de la décision, le médecin du Bénéficiaire et le médecin de l'Assureur désignent un confrère chargé de procéder à un nouvel examen médical. A défaut d'accord des médecins sur cette désignation, la désignation est faite, à la requête de l'Assureur, par le président du Tribunal de Grande Instance du domicile du Bénéficiaire. Les conclusions de ce troisième médecin s'imposent aux parties sans préjudice des recours qui pourront être exercés par voies de droit. Chaque partie supporte les honoraires de son médecin, les honoraires du troisième médecin étant à la charge de la partie perdante.

Sous peine de déchéance de garantie, les médecins désignés par l'Assureur doivent avoir libre accès auprès du Bénéficiaire afin de pouvoir constater son état, à défaut le service des prestations sera suspendu ou supprimé.



ARTICLE 6. RÈGLEMENT DES PRESTATIONS

Les originaux des pièces suivantes doivent être adressés à AGGEMA dans les 3 mois qui suivent le paiement du régime obligatoire ou l'arrivée d'un enfant :

- les décomptes originaux du régime obligatoire (si vous ne bénéficiez pas de la télétransmission),
- les notes ou factures acquittées (détaillant les actes et prestations réalisés),
- les décomptes établis par d'autres organismes de prévoyance,
- une copie d'extrait d'acte de Naissance pour le forfait naissance.

ARTICLE 7. COTISATIONS

La cotisation à l'adhésion (taxes actuelles comprises) est fonction de l'âge à l'adhésion de l'Adhérent. L'âge de l'Adhérent est déterminé par différence entre le mois de l'année de naissance et le premier du mois de l'année d'adhésion.

Les augmentations de cotisations ont lieu chaque année au 1er janvier ou éventuellement en cours d'année si la participation à la charge des Bénéficiaires venait à être augmentée par une réglementation ultérieure du régime obligatoire ou en cas de modification dans la situation des Bénéficiaires ou lors du passage dans la tranche d'âge supérieure (la nouvelle cotisation prendra effet le premier du mois de la date d'effet de ladite modification).

En cas de modification de l'option souscrite, suite à une demande de l'Adhérent, il sera tenu compte pour le calcul de la cotisation, de l'âge de l'Adhérent à la date de prise d'effet de ladite modification.

Les cotisations sont payables d'avance annuellement. Elles peuvent faire l'objet d'un fractionnement semestriel, trimestriel ou mensuel, selon le mode de paiement choisi par l'Adhérent.

A défaut du paiement d'une cotisation dans les 10 jours de son échéance, AGGEMA adressera à l'Adhérent une lettre recommandée de mise en demeure. Celle-ci entraîne la suspension des garanties 30 jours plus tard. Après un nouveau délai de 10 jours, AGGEMA résiliera de plein droit le contrat. En outre, il pourra réclamer en justice le paiement des cotisations restant dues.

En cas de mise en demeure pour non-paiement, la cotisation deviendra exigible pour l'année entière, conformément au Code.

En cas de paiement du montant qui figure sur cette lettre de mise en demeure, après suspension des garanties et avant résiliation, les garanties reprendront effet à midi, le lendemain du jour du paiement.

A chaque défaut de paiement la cotisation due sera majorée au maximum de 20€ de frais de gestion.

ARTICLE 8. LIMITATIONS DE GARANTIES

Ne sont pas garantis au titre du présent contrat :

- les événements, conséquences et suites de la guerre civile ou étrangère,
- les séjours en gérontologie, en Instituts Médico Pédagogiques et établissements similaires,
- les centres hospitaliers et assimilés pour personnes âgées dépendantes et les hospitalisations en longs séjours,
- les soins esthétiques, les cures de toutes natures (sauf dispositions prévues à l'article 3), la thalassothérapie,
- les hospitalisations pour motifs psychiatriques en établissements non conventionnés.

ARTICLE 9. EFFET, DURÉE ET CESSATION DES GARANTIES

9.1. DATE D'EFFET DES GARANTIES

A la date indiquée sur le Certificat d'adhésion et au plus tôt le lendemain zéro heure de la date de réception de la demande d'adhésion par AGGEMA sous condition suspensive du paiement de la première cotisation et sous réserve d'acceptation par AGGEMA concrétisée par l'émission d'un Certificat d'adhésion.

9.2. DÉLAIS D'ATTENTE

Les garanties contenues dans la convention conclue entre APE et Fidélidade sont réputées être délivrées sans délai d'attente.

Toutefois, l'assureur, au regard des résultats techniques ou d'une modification de la législation, peut être amené à mettre en place un dispositif visant à atteindre l'équilibre des comptes tels que :

- Délai d'attente
- Limite
- Plafonnement

9.3. DURÉE DES GARANTIES

Elles sont viagères dès la date d'adhésion.

L'échéance est au 31/12. L'adhésion se renouvelle chaque année par tacite reconduction à compter du 1er janvier suivant la date d'adhésion.

En cas de cessation d'activité de l'Association APE, l'Assureur s'engage à

maintenir aux Bénéficiaires l'intégralité des garanties dont ils bénéficieront à la date de cessation.

9.4. CESSATION DES GARANTIES

Les garanties du contrat cessent

- a) en cas de dénonciation de la convention par APE ou l'Assureur à l'échéance annuelle,
- b) en cas de résiliation par l'Adhérent à l'échéance annuelle au 31/12, par lettre recommandée avec un préavis de 2 mois au moins,
- c) en cas de non-paiement des cotisations, les garanties étant suspendues 10 jours avant la résiliation (cf. art 7),
- d) dès que l'Adhérent cesse d'appartenir à l'effectif assurable, ou cesse de réaliser les conditions pour être Bénéficiaire,
- e) en cas d'omission ou inexactitude dans la déclaration du risque à l'adhésion ou en cours de contrat.

Les garanties et le droit aux prestations cessent à la date d'effet de la résiliation.

Toute omission, réticence, fausse déclaration intentionnelle ou non dans la déclaration du sinistre expose le Bénéficiaire à une déchéance de garanties et à la résiliation de l'adhésion.

ARTICLE 10. PRESCRIPTION DU PAIEMENT DES PRESTATIONS

L'adhérent doit informer AGGEMA par écrit, dans le mois qui suit tout changement dans la situation d'un Bénéficiaire, statut, situation, domicile, (par défaut les lettres adressées au dernier domicile connu produiront leurs effets) ainsi qu'en cas de changement d'activité professionnelle ou de cessation d'activité professionnelle.

ARTICLE 12. SUBROGATION

En cas de sinistre provoqué par un tiers responsable, l'organisme assureur exercera son recours contre le tiers responsable à concurrence des prestations et indemnités versées au Bénéficiaire.

ARTICLE 13. INFORMATIQUE ET LIBERTÉS

Les Bénéficiaires sont protégés par la loi informatique et Liberté (loi du 6 janvier 1978). En effet, ils peuvent demander communication et rectification de toute information les concernant qui figurerait sur le fichier à l'usage d'AGGEMA, de la compagnie, de ses mandataires, des réassureurs ou des organismes professionnels concernés. Ce droit d'accès et de rectification peut être exercé à l'adresse suivante :

AGGEMA, 8 rue des Acacias, 92130 Issy-les-Moulineaux.

Votre Caisse d'Assurance Maladie étant destinataire d'un certain nombre d'informations, vous pouvez vous opposer par écrit à tout moment à l'envoi par cette dernière de l'image reflet de vos décomptes du régime obligatoire à AGGEMA.

LEXIQUE

Chaque terme ou expression mentionné(e) ci-dessus a, lorsqu'il ou elle est employé(e) avec une majuscule, la signification suivante :

Accident : Toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'Assuré, provenant de l'action soudaine d'une cause extérieure.

Adhérent : Personne membre de l'Association, qui adhère à la présente convention de groupe.

Année d'adhésion : Période d'un an qui sépare deux dates d'anniversaires de la prise d'effet des garanties.

Bénéficiaire : il faut entendre :

- Les adhérents, éventuellement leur conjoint et enfants à charge s'ils figurent sur le Certificat d'adhésion
- Est assimilé au conjoint, le concubin reconnu par le régime d'Assurance Maladie

Certificat d'adhésion : Document remis à l'Adhérent confirmant l'adhésion à la présente convention de groupe et qui précise pour chacun des Bénéficiaires les garanties souscrites et le niveau choisi.

Code : Code des Assurances.

Conjoint : L'époux ou l'épouse de l'Assuré, non divorcé ni séparé de corps par un jugement définitif, le(a) concubin(e) déclaré(e) ou le co-signataire d'un Pacte Civil de Solidarité avec l'Assuré.

Délai d'attente : Période durant laquelle les garanties ne sont pas encore en vigueur. Le point de départ de cette période est la date d'effet de l'adhésion portée au Certificat d'adhésion.

Enfants à charge : Lorsque le contrat souscrit fait référence à la notion d'enfants à charge, sont considérés comme à charge les enfants tels que définis ci-après, qu'ils soient légitimes, naturels, reconnus ou recueillis :
- bénéficiant des prestations Sécurité sociale sous le numéro d'immatriculation du Souscripteur, de son conjoint, concubin, ou partenaire lié par un PACS,
- âgés de moins de 28 ans, non salariés, à charge fiscale sous réserve de

- justifier de la poursuite d'études secondaires ou supérieures dans un établissement public ou privé et le cas échéant, inscrit au régime de la Sécurité sociale des étudiants (article L 381.4 du code de la Sécurité sociale),
- âgés de moins de 27 ans, et sous contrat d'apprentissage ou une formation alternée s'ils sont fiscalement à charge,
 - âgés de moins de 25 ans fiscalement à charge, vivant au domicile du participant, à la recherche d'un premier emploi et à la condition d'être inscrit comme demandeur d'emploi à l'ANPE,
 - atteints d'une infirmité permanente les empêchant de se livrer à une quelconque activité rémunérée et sous réserve qu'ils perçoivent, avant leur 21ème anniversaire, l'allocation spéciale des adultes handicapés (AAH).

Maladie : Altération de la santé constatée par une autorité médicale.

Toutefois, sont considérées comme des maladies et non comme des accidents, les affections aiguës ou chroniques telles que lumbagos, tour de reins, sciatiques, déchirures, entorses, hernies (sauf si ces affections sont la conséquence directe d'un accident caractérisé).

Régime obligatoire : Le régime de Sécurité sociale français auquel est affilié le Bénéficiaire.

TC (Tarif de Convention) : Base de remboursement du régime obligatoire établie entre la Sécurité sociale française (base Métropole) et les fédérations des différents praticiens pour un médecin conventionné.

TC * : Tarif de Convention sous déduction du remboursement du Régime Obligatoire du Bénéficiaire.

TA (Tarif d'Autorité) : Base de remboursement du régime obligatoire établie entre la Sécurité sociale française et les fédérations des différents praticiens pour un médecin non conventionné.

TR (Tarif de Responsabilité) : Cela vise :

- Le Tarif Convention si l'on parle de soins réalisés par un praticien conventionné,
- Le tarif d'Autorité si l'on parle de soins réalisés par un praticien non conventionné.



Aggema - SARL de gestion et de courtage d'assurance régie par le Code des Assurances - RCS Nanterre 449 276 021 ORIAS N° 07 004 710
Siège social - 8, rue des Acacias - 92130 Issy-les-Moulineaux
Centre de gestion: ZA - 10, rue Louis Fournier - 77334 MEAUX CEDEX. Tél : 01 41 90 98 58 - Fax : 01 64 34 22 04 - Email : gestionsante@aggema.fr