

CONDITIONS GÉNÉRALES DE LA GARANTIE FRAIS MÉDICAUX INDIVIDUELS

*Ce document constitue les conditions générales du contrat.
Ces conditions sont applicables au 1^{er} janvier 2022.
Elles annulent et remplacent toutes les dispositions antérieures.*

SOMMAIRE

1.	OBJET DES CONTRATS	2
2.	CONTRAT SOLIDAIRE ET RESPONSABLE	2
3.	BASE LÉGALE ET CONVENTIONNELLE	2
4.	ADMISSION À L'ASSURANCE	3
5.	EFFET ET DURÉE DES ADHÉSIONS	3
6.	PRISE D'EFFET DES GARANTIES	4
7.	CHANGEMENT DE GARANTIE ET AUTRE MODIFICATION	4
8.	CHANGEMENT DANS LA SITUATION D'UN BÉNÉFICIAIRE	4
9.	RÉSILIATION DE L'ADHÉSION	4
10.	COTISATIONS	5
11.	NATURE ET ÉTENDUE DES GARANTIES	6
12.	EXCLUSIONS	7
13.	RÈGLEMENT DES PRESTATIONS	7
14.	FAUSSE DÉCLARATION	8
15.	RECOURS SUBROGATOIRE	9
16.	RÉVISION DE L'ASSURANCE	9
17.	PRESCRIPTION	9
18.	RÉCLAMATION	10
19.	MESURES RESTRICTIVES DÉFINIES PAR LA RÉGLEMENTATION FRANÇAISE ET INTERNATIONALE	10
20.	DISPOSITIONS RELATIVES À LA LUTTE CONTRE LE BLANCHIMENT DE CAPITAUX ET LE FINANCEMENT DU TERRORISME	11
21.	PROTECTION DES DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL	11



Les présentes conditions générales ont pour objet de décrire les garanties et prestations accordées au titre des conventions d'assurances de groupe à adhésion facultative souscrites par l'ALP auprès de QUATREM.

QUATREM est une SA au capital de 510 426 261 euros, régie par le Code des assurances, dont le siège est situé : 21 rue Laffitte 75009 Paris, 412 367 724 RCS Paris, et soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution située 4, place de Budapest, CS 92459 – 75436 paris cedex 09. Quatrem est une Société du groupe Malakoff Humanis.

QUATREM est également désignée dans les présentes conditions générales par le terme « **Assureur** ».

Ces conventions d'assurances à adhésion facultative sont ouvertes aux Adhérents de l'**ALP**, Association qui met à la disposition des personnes physiques Adhérentes, tout type d'assurance et de Prévoyance qu'elle souscrit auprès de Compagnies d'Assurances, Institutions de Prévoyance, Mutuelles ou tout autre organisme pouvant répondre à ses besoins. Cette souscription se matérialise par l'établissement de conventions d'assurances entre l'ALP et ces Compagnies, Institutions, Mutuelles ou tout autre organisme, dont les noms sont mentionnés sur le certificat d'adhésion. Elle ne peut être confondue avec eux. Ces garanties d'assurance et de Prévoyance, objets des conventions d'assurances peuvent être placées auprès d'autres assureurs que ceux mentionnés, les personnes physiques Adhérentes étant dans ce cas informées de ces modifications. Les conventions d'assurances, qui font loi entre les parties pour l'ensemble de leurs dispositions, sont résumées dans les présentes conditions générales et dans les conditions particulières (certificat d'adhésion et descriptif de garanties), documents qui sont remis à toute personne membre ; ci-après dénommée Adhérent, lors de son adhésion.

Les statuts de l'ALP sont consultables sur le site www.april-entreprise.fr/association

Seule APRIL Entreprise, Société par Actions Simplifiée de courtage d'assurances, est l'intermédiaire habilité pour l'adhésion des membres de l'Association ALP à ces conventions d'assurances.

1. OBJET DES CONTRATS

L'adhésion au contrat INDIVIDUELS a pour objet l'indemnisation de l'Adhérent selon le niveau de garantie choisie par celui-ci et figurant sur son certificat d'adhésion, à l'occasion d'une maladie, d'une maternité ou d'un accident entraînant des dépenses d'ordre médical ou chirurgical ayant donné lieu à remboursement par le régime obligatoire dont il bénéficie, et en complément de celui-ci. Cette indemnisation est calculée dans les conditions et sous les réserves prévues dans les articles ci-après. Elle peut être étendue aux ayants droits des Adhérents sous réserve de leur affiliation sur le certificat d'adhésion et règlement des cotisations y afférentes.

2. CONTRAT SOLIDAIRE ET RESPONSABLE

Le contrat d'adhésion est qualifié de « **solidaire** » et « **responsable** » conformément aux exigences énoncées par la législation en vigueur.

On entend par « **solidaire** » un contrat d'assurance de groupe dont l'adhésion des membres participants et la cotisation ne sont pas fixées en fonction de l'état de santé des personnes couvertes.

On entend par « **responsable** » un contrat d'assurance de groupe appliquant l'ensemble des dispositions prévues aux articles L871-1, R871-1 et R871-2 du Code de la Sécurité sociale.

En cas d'évolution législative et réglementaire régissant le contrat responsable, la garantie et les niveaux de remboursement seront automatiquement adaptés.

3. BASE LÉGALE ET CONVENTIONNELLE

Les contrats sont régis par les dispositions du code des Assurances, des présentes conditions générales et des conditions particulières (certificat d'adhésion et descriptif de garanties).

Le certificat d'adhésion est établi d'après les déclarations de l'Adhérent et de chacun des bénéficiaires. Ils doivent en conséquence répondre aux questions posées par l'Assureur. Toute inexactitude, omission, réticence ou fausse déclaration intentionnelle ou non de la part d'un bénéficiaire au moment de l'adhésion ou en cours d'adhésion, est sanctionnée même si elle a été sans influence sur la réalisation du risque, par une réduction d'indemnité voir une résiliation de l'adhésion (Article L 113-9 du code des Assurances) ou même une nullité du contrat (Article L 113-8 du Code des Assurances) conformément à l'article 14.

L'organisme assureur doit justifier par tous moyens l'existence du caractère intentionnel de la fausse déclaration. Les cotisations payées restent acquises.



Tel qu'indiqué à l'article 17 relatif à la prescription, les actions dérivant des contrats sont prescrites par deux ans selon l'article L 114-1 du Code des Assurances. Cette prescription est interrompue dans les conditions prévues à l'article L 114-2 du Code des Assurances, par une des causes ordinaires d'interruption, et notamment l'envoi d'une lettre recommandée avec avis de réception, adressée par l'Adhérent à l'Assureur.

4. ADMISSION À L'ASSURANCE

4.1 Conditions d'adhésion au contrat

Sont admissibles à l'assurance toute personne physique membre de l'Association ALP.

4.2 Formalités d'adhésion au contrat

Chaque candidat à l'assurance doit faire parvenir :

- la demande d'adhésion complétée et signée ;
- une copie de l'attestation Vitale en cours de validité pour chacune des personnes à garantir ;
- une attestation délivrée par sa caisse d'assurance vieillesse justifiant qu'il est à jour du paiement des cotisations, (si la demande d'adhésion est faite dans le cadre de la loi Madelin pour les travailleurs non-salariés). En cas de déclaration inexacte ou de non-respect de cette obligation, l'adhésion est entachée de nullité et des peines sanctionnant cette infraction sont encourues tant par l'Assureur que par l'Adhérent (articles L 652-4 et R 652-1 du Code de la Sécurité Sociale) ;
- un mandat SEPA.

Les personnes pouvant également bénéficier de la garantie souscrite par l'Adhérent, moyennant le versement d'une cotisation sont :

- son conjoint non divorcé ni séparé de corps (séparation judiciaire ou amiable dès lors qu'elle est transcrite à l'état civil) ; ou
- le partenaire avec lequel l'Adhérent est lié par un Pacte Civil de Solidarité (PACS), sous réserve pour le "pacsé" assuré social de la fourniture d'une attestation d'engagement dans les liens d'un pacte civil de solidarité ; ou
- son concubin, sous réserve pour le concubin assuré social de la fourniture d'un certificat de concubinage notoire ; le concubin doit également répondre à la définition de l'article 515-8 du Code Civil ; il ne doit être ni marié, ni lié par un Pacte Civil de Solidarité à un tiers ;
- ses enfants célibataires et s'ils vivent au foyer, ceux de son conjoint (de son "pacsé" ou de son concubin) :
 - bénéficiant d'un régime Sécurité Sociale du fait de l'immatriculation du participant ou de son conjoint (de son pacsé ou de son concubin),
 - ses enfants âgés de moins de 27 ans et affiliés au régime de Sécurité Sociale :
 - étudiants de l'enseignement secondaire ou supérieur, ou à la recherche de leur premier emploi et inscrits à Pôle Emploi,
 - étudiants de l'enseignement secondaire ou supérieur, sous réserve qu'ils n'exercent pas d'activité rémunérée qui leur procure une rémunération de plus de 70% du salaire minimum interprofessionnel de croissance (SMIC),
 - en formation en alternance sous contrat d'apprentissage, de professionnalisation ou d'orientation rémunérés par leur école ou effectuant un stage rémunéré en entreprise, dans le cadre de leur scolarité, sous réserve que la rémunération n'excède pas 70% du salaire minimum interprofessionnel de croissance (SMIC),
 - quel que soit leur âge, s'ils perçoivent une allocation pour adultes handicapés (loi du 30 juin 1975), sous réserve que cette allocation leur ait été attribuée avant leur 21ème anniversaire.

L'Assureur se réserve la faculté de réclamer toutes pièces justificatives ou renseignement complémentaire nécessaire à l'instruction des adhésions et notamment à la vérification de la qualité de bénéficiaire. Cette adhésion est soumise aux conditions d'acceptation de l'Assureur.

5. EFFET ET DURÉE DES ADHÉSIONS

L'adhésion prend effet au plus tôt à la date de réception par APRIL Entreprise de la demande d'adhésion, complétée et signée par l'Adhérent, sous réserve d'acceptation expressément notifiée par l'émission d'un certificat d'adhésion régularisé par APRIL Entreprise sur délégation de l'Assureur.



L'Adhérent bénéficie d'un droit de rétractation à l'assurance en le notifiant par lettre recommandée ou recommandé électronique avec avis de réception, dans un délai de 30 jours suivant son adhésion.

Dans ce cas, à l'exception des frais d'établissement de dossier prévus au paragraphe 3, l'Assureur rembourse les cotisations versées sous réserve d'éventuelles prestations payées et après le renvoi par l'Adhérent de sa carte tiers payant auprès de ALPRIL Entreprise PREVOYANCE. La lettre de rétractation peut être rédigée comme suit : "*Je soussigné(e), prénom – nom - n°d'adhérent, renonce à mon adhésion au contrat frais médicaux INDIVIDUELS*".

La première période d'assurance se termine le 31 décembre de l'année d'adhésion. L'adhésion se renouvelle ensuite par tacite reconduction au 1^{er} janvier de chaque année.

6. PRISE D'EFFET DES GARANTIES

La garantie, pour chacun des bénéficiaires, est accordée dès la date d'effet de l'adhésion.

7. CHANGEMENT DE GARANTIE ET AUTRE MODIFICATION

L'Adhérent peut demander la modification des garanties liées à son contrat qu'après 12 mois d'adhésion à la garantie en cours. La demande doit alors parvenir à APRIL Entreprise avant le 15 du mois en cours pour un effet le 1^{er} jour du mois suivant.

En cas de décès d'un bénéficiaire autre que l'Adhérent, la modification du contrat intervient dès la date de survenance de l'événement, sous réserve d'en informer APRIL Entreprise dans les 30 jours.

Dans certains cas et sous certaines conditions, les personnes garanties du chef d'un Adhérent décédé peuvent bénéficier de garanties moyennant le paiement d'une cotisation personnelle. Les intéressés doivent alors formuler leur demande à APRIL Entreprise dans les six mois suivant le décès de l'Adhérent.

8. CHANGEMENT DANS LA SITUATION D'UN BÉNÉFICIAIRE

L'Adhérent doit informer l'Assureur par écrit, dans les 90 jours qui suivent tout changement de statut, de situation, d'assujettissement auprès des régimes obligatoires de base le concernant lui, son conjoint ou ses enfants, de domicile (par défaut, les lettres adressées au dernier domicile connu produiront tous leurs effets) ainsi qu'en cas de changement d'activité professionnelle ou de cessation d'activité professionnelle.

9. RÉSILIATION DE L'ADHÉSION

9.1 Résiliation de l'adhésion par l'Adhérent

9.1.1 L'adhésion peut être résiliée par notification adressée au moins deux mois avant la date de renouvellement (soit le 31 octobre), le délai de préavis est décompté à partir de la date de notification. la résiliation intervenant le 31 décembre à minuit de l'année considérée.

9.1.2 À tout moment, après douze (12) mois d'adhésion à compter de la souscription sans frais ni pénalités.

La résiliation sera effective après un délai d'un mois décompté à partir de la date de réception de la notification de la résiliation. Un avis de réception précisant la date de prise d'effet de la résiliation sera adressé à l'Adhérent.

9.1.3 En cas de modification des conditions du contrat à l'initiative de l'Assureur, l'Adhérent disposera d'un délai de 30 (trente) jours à compter de la notification pour résilier son adhésion en raison de ces modifications.

Dans tous les cas, la résiliation doit être notifiée à APRIL Entreprise selon les modalités suivantes :

- Par courrier (lettre simple ou recommandée avec accusé de réception) à l'adresse suivante : APRIL Entreprise – 114 boulevard Vivier Merle CS73344 - 69439 Lyon Cedex 03 ;
- Par Lettre Recommandée Electronique ou courrier électronique à l'adresse suivante : **resiliation@april-entreprise.fr**

La résiliation peut également être adressée par tout autre moyen prévu par le Code des assurances et notamment :

- Par tout autre support durable,



- Par déclaration faite au siège de l'Assureur ou de son représentant, APRIL Entreprise,
- Par acte extrajudiciaire.

Le destinataire confirme par écrit la réception de la notification.

Les cotisations resteront dues jusqu'au terme de la période de garanties. En cas de trop versé, l'Assureur procédera à un remboursement sous un délai de trente (30) jours à compter de la date de résiliation des garanties.

A noter :

Si la résiliation du contrat s'effectue dans le cadre d'un changement de contrat après 12 (douze) mois d'adhésion, elle doit être notifiée à APRIL Entreprise par le nouvel assureur pour le compte de l'Adhérent par lettre recommandée ou recommandée électronique.

A défaut l'Assureur ne sera pas responsable en cas d'interruption de couverture.

9.2 Autres cas de résiliation

La résiliation intervient dans les cas suivants :

- non-paiement des cotisations à l'expiration du délai prévu à l'article 10.
- à la date à laquelle l'Adhérent ne remplit plus les conditions d'admission conformément au paragraphe 4,
- la dénonciation de la convention d'assurance par l'Association ALP à l'échéance annuelle du 31 décembre ou en cas de cessation d'activité de l'ALP. Dans ce cas l'Association ALP informera chaque Adhérent.

En cas de résiliation, l'Adhérent cesse d'être garanti à la date d'effet de la résiliation de l'adhésion quelle qu'en soit la cause et s'engage à restituer immédiatement la carte tiers payant à l'Assureur. Il s'engage également à rembourser le coût des prestations indûment délivrées postérieurement à cette résiliation. La cessation des garanties pour l'Adhérent entraîne celle des ayants droit sauf lorsqu'elle est consécutive au décès de l'Adhérent et sous réserve du paiement des cotisations. Les intéressés doivent alors formuler leur demande à APRIL Entreprise dans les six mois suivant le décès de l'Adhérent.

En dehors des cas de résiliation ci-dessus entraînant la cessation des garanties, les garanties cessent pour le bénéficiaire :

- au jour de la perte de la qualité d'assuré social du bénéficiaire autre que l'Adhérent ;
- au jour de la perte de la qualité de bénéficiaire (voir définition au paragraphe 4) pour les personnes garanties autre que l'Adhérent. Au-delà, il leur appartient de demander leur propre adhésion au régime dans les conditions définies aux paragraphes 4 et 5.

10. COTISATIONS

Les cotisations sont déterminées en fonction de la situation de bénéficiaire. Celles-ci sont réajustées chaque année au 1^{er} janvier.

● Paiement des cotisations

Les cotisations sont payables d'avance selon la périodicité retenue par l'Adhérent par **virement** ou par prélèvement bancaire, postal ou caisse d'épargne le 5, le 10 ou le 15 de chaque mois, trimestre, semestre ou année civile au choix de l'Adhérent.

La 1^{ère} cotisation est payable à l'Assureur dans les 15 jours suivant l'envoi du certificat d'adhésion par APRIL Entreprise. Le point de départ des cotisations est fixé à la date d'effet de l'adhésion. En cas d'adhésion en cours de mois, trimestre, semestre ou année civil, les cotisations seront calculées au prorata de la durée de garantie.

En cas de rejet du prélèvement, les frais de procédure en vigueur au rejet sont mis à la charge de l'Adhérent. L'Assureur ne peut se trouver engagée sur les risques couverts que par le paiement régulier des cotisations du contrat aux échéances fixées.

En cas de non-paiement de la cotisation dans les dix jours de son échéance l'Adhérent peut être exclu du groupe. L'exclusion ne peut intervenir que dans un délai de quarante jours à compter de la notification de la mise en demeure. Cette lettre est envoyée dix jours au plus tôt après la date à laquelle les sommes doivent être payées. Lors de la mise en demeure, l'Adhérent est informé qu'à l'expiration du délai prévu ci-dessus, le défaut de paiement de la cotisation entraîne son exclusion des garanties définies au certificat d'adhésion.

L'exclusion ne fera pas obstacle au versement par l'Assureur des prestations acquises en contrepartie des cotisations versées antérieurement.



● Actualisation des cotisations

Les cotisations sont indexées annuellement au 1er janvier de chaque année en fonction de l'évolution de la consommation médicale du groupe assuré et de la dernière évolution connue de l'Indice CSBM (Consommation de Soins et de Biens Médicaux) publiés dans le rapport annuel des Comptes Nationaux de la Santé. Les cotisations peuvent être actualisées en cours d'adhésion :

- en cas de modification des remboursements des régimes de base,
- en cas de modification de la fiscalité applicable,
- en fonction des résultats techniques du périmètre de mutualisation de l'Adhérent.

La nouvelle cotisation qui en résulte est applicable pour chaque Adhérent à compter de l'échéance qui suit la date de mise en vigueur du nouveau tarif.

L'Adhérent en est informé par l'envoi de l'avis d'échéance et pourra dès ce moment dénoncer son affiliation dans le délai d'un mois selon les modalités définies au paragraphe 9.1.3. La résiliation prendra effet le jour de la réception par APRIL Entreprise de sa demande. Il sera alors redevable à l'Assureur jusqu'à la date d'effet de la résiliation, du prorata de prime sur la base de la prime précédente. Si une fraction de cotisation s'avère avoir été payée d'avance, celle-ci est alors remboursée.

11. NATURE ET ÉTENDUE DES GARANTIES

Ouvrent droit à indemnité complémentaire, et ce, dans la limite des frais restant à la charge du bénéficiaire, les frais énumérés ci-après, exposés pour les traitements de maladies, maternités ou accidents pour lesquels le début des soins se situe pendant la période d'assurance et ayant entraîné au cours de cette période un remboursement du Régime Obligatoire (sauf mention contraire). Il est précisé que les frais concernés doivent figurer à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels de la Sécurité Sociale (NGAP) ou dans le Tarif Interministériel des Prestations Sanitaires (TIPS), dans la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM), dans la liste des Produits et Prestations (LPP), ou dans la Nomenclature des Actes de Biologie Médicale (NABM) et que les dépassements d'honoraires ne peuvent être pris en charge que dans la mesure où ils ont été déclarés par le praticien à la Sécurité Sociale.

Les soins reçus à l'étranger par les bénéficiaires relevant d'un régime de base ne sont couverts qu'en complément des prestations versées par leur régime de base français.

Les prestations sont versées en France, en EUROS.

Concernant plus particulièrement (la formule retenue par l'Adhérent comportant tout ou partie des actes cités) :

Chirurgie - Hospitalisation médicale ou chirurgicale : les frais sont ceux correspondants :

- aux interventions chirurgicales (actes chirurgicaux énumérés aux Titres I à XII de la 2ème partie de la nomenclature générale des actes professionnels et ayant entraîné une hospitalisation d'au moins 24 heures) ;
- aux soins post-opératoires ;
- à l'hospitalisation médicale et à la maternité,
- au forfait journalier dans son intégralité et sans limitation de durée : il s'agit du forfait journalier hospitalier mentionné à l'article L174-4 du Code de la Sécurité sociale, à savoir uniquement le forfait journalier facturé par les établissements de santé à l'exclusion de celui facturé par les établissements médico-sociaux tels que les maisons d'accueil spécialisées et les établissements d'hébergement pour personnes dépendantes (EHPAD).

Ils doivent être exposés en :

- Hôpital, clinique,
- Centre de rééducation ou de réadaptation fonctionnelle, maison de repos et de convalescence, ou centre de soins.

Toutefois l'indemnisation des frais correspondants aux séjours en maison de repos, de convalescence et de rééducation sont pris en charge uniquement dans les établissements conventionnés, dans la limite de 90 jours de soins par an et par bénéficiaire et au-delà du 90ème jour de soins par an et par bénéficiaire à hauteur du ticket modérateur et avec l'exclusion du remboursement de la chambre particulière. Les frais doivent être exposés en hôpital, clinique, ou centre de rééducation, de réadaptation fonctionnelle, maison de repos et de convalescence, centre de soins pour les séjours consécutifs à une hospitalisation médicale ou chirurgicale. **Sont exclus de la garantie les frais d'hébergement et de traitement exposés en établissement de post-cure ou de rééducation ou d'éducation professionnelle, et tout acte hors nomenclature.**

Maternité : Si la garantie souscrite le prévoit, les frais de maternité d'un bénéficiaire de la garantie, inhérents à une naissance survenue pendant la période d'assurance ouvrent droit à une indemnisation dont le montant est fixé dans les documents contractuels.

Si la garantie souscrite ne prévoit pas la prise en charge de la maternité au titre de l'hospitalisation l'indemnisation est exclusive de tout autre remboursement pour les frais de séjour et les frais d'accouchement exposés pendant les huit premiers jours d'hospitalisation.



Frais d'obsèques : Si la garantie souscrite le prévoit, le décès d'un bénéficiaire de la garantie survenant pendant la période d'assurance ouvre droit à une prestation dont le montant est fixé dans les documents contractuels. Cette allocation est limitée aux frais d'obsèques dûment justifiés pour les enfants de moins de 12 ans (Article L132-3 du Code des Assurances).

Frais d'optique : les frais pour les verres, lentilles et montures de lunettes sont remboursés selon les montants prévus par la garantie souscrite (certificat d'adhésion / descriptif de garanties).

La périodicité minimale du renouvellement de la prise en charge d'un équipement complet (une monture et 2 verres) est fixée à 2 ans pour les adultes et les enfants de 16 ans et plus et 1 an pour les enfants de moins de 16 ans et 6 mois pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur. Un renouvellement anticipé des verres et de la monture sera possible en cas de dégradation de la vue dans des conditions fixées par la nomenclature. De même la prise en charge des verres et de la monture pourra être renouvelée sans délai dans certaines situations médicales particulières (glaucome, DMLA...)

Les différents délais s'entendent par rapport à la date de facturation du dernier dispositif ayant fait l'objet d'une prise en charge par la Sécurité Sociale concerné pour l'application du délai. Ils sont également applicables pour le renouvellement séparé des éléments de l'équipement.

12. EXCLUSIONS

Sont exclues de toutes les garanties :

- l'ensemble des interdictions de prise en charge lié au contrat responsable précisées dans la notice d'information,
- sauf dispositions spécifiques prévues dans les garanties souscrites (certificat d'adhésion/descriptif de garanties), les actes référencés ou non par le régime obligatoire d'assurance maladie non remboursés par cet organisme,
- les dépassements d'honoraires non déclarés au régime obligatoire d'assurance maladie par le professionnel de santé ,
- les frais engagés entre la date de la signature de la demande d'adhésion et la date d'effet des garanties,
- les actes effectués postérieurement à la date de résiliation du contrat ou de cessation des garanties pour l'Adhérent et ses ayants droit,
- en cas d'hospitalisation ou de cure thermale, les frais annexes et non médicaux tels que frais de boissons, téléphone, télévision,
- les traitements esthétiques à l'exception de ceux donnant lieu à une prise en charge par le régime obligatoire d'assurance maladie,
- les établissements de long séjour et les sections de long séjour,
- les maisons d'accueil spécialisées,
- les établissements pour personnes âgées dépendantes (maison de retraite, établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes),
- les cures de rajeunissement, d'amaigrissement, de désintoxication.

Par ailleurs, il est rappelé que conformément à l'article 9 de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989, les remboursements ou les indemnisations de frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge de l'Adhérent ou de ses ayants droit, après le remboursement de toute nature auxquels il a droit et avant la prise en charge instituée par l'article L861-3 du Code de la Sécurité Sociale.

13. RÈGLEMENT DES PRESTATIONS

Le bénéficiaire doit remettre à l'Assureur, sous peine de déchéance, **dans un délai de deux ans** à compter de l'acte médical, une demande de remboursement accompagnée des originaux des pièces justificatives suivantes :

- volets de décompte délivrés par l'organisme obligatoire ou leur télétransmission ;
- notes et factures complémentaires attestant la dépense réelle et la nature des actes accomplis ;
- extrait d'acte de naissance ou copie du livret de famille pour le forfait maternité ;
- un extrait d'acte de décès, et la facture portant mention de la personne qui a acquitté les frais, pour les frais d'obsèques ;
- copie de la demande d'entente préalable annotée de la décision de la Commission de contrôle de la Sécurité Sociale pour l'orthodontie ;



- les prestations se rapportant aux frais d'hospitalisation sont réglées sur production des frais restant à la charge du bénéficiaire. Toutefois, si le séjour comprend au moins une nuit, le bénéficiaire a la possibilité de demander une prise en charge qui lui permette de ne pas avancer les frais.

Contrôle des dépenses : l'Assureur peut demander à l'Adhérent, tous renseignements ou documents qu'il juge utiles pour l'appréciation du droit aux indemnités. Si ces renseignements ou documents ont un caractère médical, l'Adhérent peut les adresser sous pli confidentiel au Médecin Conseil de l'Assureur.

Contrôle et expertises et litiges : Dans tous les cas et à toute époque, même lorsque la garantie n'est plus en vigueur, l'Assureur se réserve le droit de faire visiter à ses frais et éventuellement soumettre à expertise médicale le Bénéficiaire afin de constater son état de santé et le bien fondé du versement des prestations. Sous peine de perdre tout droit au service des prestations en cours, le Bénéficiaire doit fournir toutes les pièces justificatives et se prêter à toutes les expertises ou examens qui lui seront demandés.

Lors du contrôle médical, le bénéficiaire a la faculté de se faire assister par le médecin de son choix ou d'opposer les conclusions de son médecin traitant.

Toute difficulté d'ordre médical pourra être réglée par le recours à l'expertise médicale, en cas de désaccord entre le médecin du Bénéficiaire et le Médecin Conseil de l'Assureur, il est fait le choix d'un troisième médecin pour les départager. Faute d'entente sur cette désignation, le choix est fait à la requête de la partie la plus diligente par le Président du Tribunal compétent. Chaque partie supportera les honoraires de son médecin ainsi que le cas échéant, la moitié des frais de la contre-expertise. Les deux parties s'interdisent, tant que le médecin arbitre ne s'est pas prononcé, d'avoir recours à la voie judiciaire.

● Cumul d'organismes assureurs

Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie souscrite.

Le total des remboursements :

- de l'organisme assureur au titre d'un contrat socle, surcomplémentaire et le cas échéant de l'option choisie,
- de ceux de la Sécurité sociale,
- de tout autre organisme complémentaire,
- ainsi que les pénalités financières hors parcours de soin,
- la contribution forfaitaire et les franchises médicales,

ne peut excéder le montant des frais engagés.

Il en est de même pour les prestations exprimées en forfait annuel. Tout forfait n'est ni reportable ni cumulable d'une année sur l'autre.

● Recouvrement des prestations

L'organisme assureur se réserve le droit de réclamer à l'assuré les prestations indûment versées. (y compris en cas de versement à tort par la Sécurité sociale.)

14. FAUSSE DÉCLARATION

Toute omission, réticence, fausse déclaration intentionnelle ou non dans les informations qui seront fournies à l'Assureur et notamment dans les déclarations d'un sinistre, expose à une déchéance de garanties et à la résiliation de l'adhésion au contrat INDIVIDUELS conformément aux articles L113-8 et L113-9 du Code des Assurances.

Article L113-8 du Code des assurances :

« Indépendamment des causes ordinaires de nullité, et sous réserve des dispositions de l'article L132-26, 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. »

L'organisme assureur doit justifier par tous moyens l'existence du caractère intentionnel de la fausse déclaration.

Les cotisations payées restent acquises.



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 aux taux des primes qui auraient été dues, si les risques avaient été complètement et exactement déclarés. »

15. RECOURS SUBROGATOIRE

L'Assureur est subrogé de plein droit au bénéficiaire dans ses actions contre les tiers responsables, que la responsabilité soit entière ou qu'elle soit partagée. Cette subrogation s'exerce pour les prestations à caractère indemnitaire dans la limite des dépenses que l'Assureur a exposées, à concurrence de la part d'indemnité mise à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de la victime.

16. RÉVISION DE L'ASSURANCE

Toute modification des bases de remboursement ou des dispositions générales du régime légal d'assurance maladie de nature à influencer sur les conditions techniques d'équilibre du contrat pourra donner lieu à une révision des conditions de l'assurance. Elle sera constatée par la notification de celle-ci à l'Adhérent, qui recevra, à cet effet une nouvelle notice. L'Adhérent peut, dans un délai d'un mois à compter de la remise de la notice, dénoncer son affiliation en raison de ces modifications comme indiqué au paragraphe 9.1.3.

L'assuré peut toujours refuser la proposition en respectant les « Modalités de révision » prévues au contrat.

16.1 Evolutions réglementaires

En cas d'évolution législative, réglementaire et/ou de l'intervention du régime de la Sécurité sociale, le contrat peut être modifié en cours d'année.

Les nouvelles conditions de garanties et/ou de cotisations prennent alors effet à la date d'effet mentionnée sur la notification de la modification.

Jusqu'à la date d'effet de cette notification, les dispositions antérieures continuent à s'appliquer sauf si les nouvelles dispositions sont d'ordre public et donc d'application immédiate.

16.2 Modalités de révision

En cas de modification des garanties et/ou de révision des cotisations telle que mentionnée aux articles précédents, le souscripteur peut toujours refuser la proposition de l'organisme assureur dans les trente (30) jours qui suivent la réception dudit courrier **en envoyant sa demande de résiliation par l'un des moyens exposés à l'article 9 de la présente notice**. Le contrat est alors résilié dans les dix (10) jours suivants.

En cas d'absence de réponse dans les trente (30) jours de l'envoi de la notification par lettre recommandée de l'organisme assureur, l'organisme assureur considérera que le souscripteur a accepté les nouvelles conditions. Elles prendront effet à la date de modification mentionnée sur le courrier.

Jusqu'à la date d'effet de la modification du contrat, les dispositions antérieures continuent à s'appliquer au contrat.

17. PRESCRIPTION

Toute action dérivant de la présente adhésion est irrecevable au terme d'un délai de 2 ans à compter de l'événement qui lui a donné naissance, selon les dispositions des articles du Code des Assurances qui prévoient :

Article L114-1 :



« 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, nonobstant les dispositions du 2°, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès de l'assuré ».

Article L114-2 :

« 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 ».

Article L114-3 :

« 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. »

Il est rappelé que les causes ordinaires d'interruption de la prescription prévues par le Code civil sont :

- la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait (article 2240 du Code civil),
- la demande en justice (articles 2241 à 2243 du Code civil),
- une mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée (article 2244 du Code civil),
- l'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait (Article 2245 du Code civil),
- l'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance pour les cas de prescription applicables aux cautions (Article 2246).

18. RÉCLAMATION

En cas de difficultés dans l'application du contrat, le souscripteur et les assurés peuvent contacter dans un premier temps leur conseiller ou contact habituel.

Si au terme de cet examen, la réponse apportée ne satisfait pas à l'attente de l'Adhérent ou du bénéficiaire, il peut saisir le service réclamation de l'Assureur par courrier à l'adresse suivante : QUATREM Pôle réclamations TSA 20002 – 78075 Saint-Quentin-en-Yvelines Cédex ou par courriel comme suit : reclamations.quatrem@malakoffhumanis.com.

Si le désaccord persiste et si aucune solution amiable ne peut être trouvée, l'Adhérent ou l'un des bénéficiaires peut faire appel au Médiateur de l'Assurance, personnalité indépendante, en complétant le formulaire en ligne sur le site www.mediation-assurance.org/Saisir+le+mediateur ou en écrivant à l'adresse suivante : La Médiation de l'Assurance – TSA 50110 – 75441 PARIS Cedex 09. La Médiation de l'Assurance dispose d'une charte de la médiation (www.mediation-assurance.org/medias/mediation-assurance/Charte_LMA_V3.pdf). Conformément à l'article L612-2 du code de la consommation la saisine du médiateur ne peut être introduite plus d'un an à compter de la réclamation écrite adressée au professionnel et sans préjudice du droit d'agir en justice.

19. MESURES RESTRICTIVES DÉFINIES PAR LA RÉGLEMENTATION FRANÇAISE ET INTERNATIONALE

Dans le cadre des mesures restrictives définies par la réglementation française et internationale, il est précisé que l'Assureur n'est pas réputé fournir une couverture de risques et ne sera pas responsable, ni tenu de payer une indemnité ou de fournir des prestations en découlant, dans la mesure où la fourniture d'une telle couverture, le paiement d'une telle réclamation ou la fourniture de ces prestations l'exposerait à une sanction, une interdiction ou une restriction en vertu des résolutions des Nations Unies, ou à des sanctions, des lois ou des règlements à caractère économique ou commercial de l'Union européenne, du Royaume-Uni ou des Etats-Unis d'Amérique.

20. DISPOSITIONS RELATIVES À LA LUTTE CONTRE LE BLANCHIMENT DE CAPITAUX ET LE FINANCEMENT DU TERRORISME

L'Assureur est soumis aux obligations légales de lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme issues principalement du code monétaire et financier (articles L.561-1 et suivants du code monétaire et financier).

Afin de leur permettre de respecter leurs obligations, l'Adhérent s'engage à remettre à l'Assureur les éléments et justificatifs d'identification et de connaissance client qui leur sont relatifs. En vertu du principe de vigilance constante, l'ensemble de ces éléments devra être actualisé notamment au moment de la délivrance de la prestation au profit de de l'Adhérent et des bénéficiaires.

L'Adhérent s'engage par ailleurs à ce que les sommes qui sont ou seront versées par ses soins au titre des cotisations de ce contrat ne proviennent pas d'une fraude fiscale ou de toute autre infraction passible d'une peine privative de liberté supérieure à un an et ne participent pas au financement du terrorisme.

En cas de non-respect de ces différentes obligations et dans les cas légalement prévus, l'Assureur réalisera une déclaration de soupçon auprès de TRACFIN ou toute autre démarche auprès des autorités compétentes conformément à la réglementation susvisée.

21. PROTECTION DES DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL

Conformément à la réglementation européenne et française en matière de données à caractère personnel, en particulier le Règlement Général sur la Protection des Données n°2016/679 du 27 avril 2016 (dit « RGPD ») et la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés modifiée (dite « loi Informatique et Libertés »), l'adhérent et les bénéficiaires sont informés par QUATREM, ci-après désigné Malakoff Humanis ,responsable du traitement des données à caractère personnel collectées, que :

Malakoff Humanis a désigné un délégué à la protection des données à caractère personnel qui peut être contacté par email à dpo@malakoffhumanis.com ou par courrier à : Malakoff Humanis, Pôle Informatique et Libertés, 21 rue Laffitte 75317 Paris Cedex 9.

1. Les données à caractère personnel de l'adhérent et des bénéficiaires peuvent être collectées et traitées pour les finalités suivantes :

- la souscription, la gestion et l'exécution du contrat d'assurance ainsi que la gestion ou l'exécution de tout autre contrat souscrit auprès de Malakoff Humanis ou d'autres sociétés du groupe Malakoff Humanis ;
- la gestion des avis de ces personnes sur les produits, services ou contenus proposés par Malakoff Humanis ou ses partenaires ;
- l'exercice des recours à la gestion des réclamations et des contentieux ;
- l'exercice du devoir de conseil compte tenu des besoins exprimés par l'adhérent et les bénéficiaires ;
- l'élaboration de statistiques y compris commerciales, d'études actuarielles ou autres analyses de recherche et développement, une fois les données anonymisées par des procédés techniques permettant de s'assurer de la non-identification de l'adhérent et des bénéficiaires ;
- l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur ; y compris celles relatives à la lutte contre le blanchiment des capitaux et au financement du terrorisme et à la lutte contre la fraude, pouvant conduire à son inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude, incluant un dispositif mutualisé des données des contrats et des sinistres déclarés auprès des organismes assureurs, mis en œuvre par l'Agence pour la lutte contre la fraude à l'assurance (ALFA).

Malakoff Humanis s'engage à ne pas exploiter les données personnelles de l'assuré et des bénéficiaires pour d'autres finalités que celles précitées.

Sont notamment nécessaires à la passation, la gestion et à l'exécution du contrat d'assurance, les données à caractère personnel suivantes : des données d'identification, des données relatives à sa situation familiale, économique, patrimoniale et financière, professionnelle, à sa vie personnelle, à sa santé, à l'appréciation du risque, à la gestion du contrat, etc. De plus, en sa qualité d'organisme d'assurance, Malakoff Humanis utilise le NIR (dénommé couramment « numéro de Sécurité sociale ») du participant et des bénéficiaires pour la passation, la gestion et l'exécution des contrats d'assurance et la mise en œuvre des échanges ou traitements intéressant plusieurs acteurs de la protection sociale.

En dehors des traitements nécessaires aux fins de l'exécution des obligations en matière de protection sociale, le consentement explicite et spécifique du participant et des bénéficiaires est recueilli pour permettre le traitement de données personnelles de santé, conformément à la loi Informatique et Libertés et à l'article 9 du RGPD.



Les destinataires des données à caractère personnel de l'adhérent et les bénéficiaires sont, dans la limite de leurs attributions respectives et suivant les finalités réalisées : les services de Malakoff Humanis dont le personnel est en charge des traitements portant sur ces données, ainsi que les sous-traitants éventuels, les délégataires de gestion, les intermédiaires d'assurance, les réassureurs et coassureurs, les organismes professionnels habilités, les partenaires et les sociétés extérieures s'il y a lieu.

Les données de santé du participant et des bénéficiaires sont destinées au Service médical de Malakoff Humanis et à toute personne placée sous la responsabilité du Service Médical, exclusivement aux fins de la passation, la gestion et à l'exécution du contrat d'assurance. Elles ne sont en aucun cas utilisées à des fins commerciales.

Malakoff Humanis s'engage à ce que les données à caractère personnel des personnes concernées par ces traitements ne soient en aucun cas transmises à des tiers non autorisés.

Les données à caractère personnel relatives à la santé du participant et des bénéficiaires sont traitées dans des conditions garantissant leur Sécurité notamment par la mise en œuvre de mesures techniques et organisationnelles renforcées.

Si des données à caractère personnel des personnes concernées par les traitements venaient à être traitées chez un tiers situé dans un pays hors de l'Union européenne et ne présentant pas un niveau de protection des données personnelles reconnu adéquat par la Commission européenne, Malakoff Humanis s'assurera que le tiers s'est engagé par contrat, via les clauses contractuelles types de la Commission européenne, au respect de la réglementation européenne en matière de protection des données à caractère personnel.

Les durées de conservation des données à caractère personnel traitées dans le cadre de la gestion des contrats d'assurance et de la relation clients avec le participant et les bénéficiaires varient en fonction des finalités susvisées et sont conformes aux recommandations de la CNIL. En tout état de cause, le calcul de ces durées est réalisé en fonction des finalités pour lesquelles les données sont collectées, de la durée de la relation contractuelle, des obligations légales de Malakoff Humanis et des prescriptions légales applicables.

Malakoff Humanis et ses partenaires s'engagent (1) à prendre les mesures techniques et organisationnelles appropriées pour garantir un niveau de Sécurité et de confidentialité adapté au risque présenté par le traitement des données de ces personnes et (2) à notifier à la CNIL et informer ces derniers en cas de violation de leurs données dans les limites et conditions des articles 33 et 34 du RGPD.

2. Les personnes concernées par les traitements de leurs données personnelles disposent d'un droit de demander l'accès à leurs données à caractère personnel, la rectification ou l'effacement de celles-ci, et de décider du sort de leurs données, post-mortem.

Le participant et les bénéficiaires disposent également d'un droit de s'opposer au traitement à tout moment pour des raisons tenant à leur situation particulière, de limiter le traitement dont ils font l'objet et d'un droit à la portabilité des données à caractère personnel dans les limites fixées par la loi. Ils disposent enfin de la possibilité de s'opposer, à tout moment et sans frais, à la prospection commerciale, y compris lorsque celle-ci est réalisée de manière ciblée.

Ces droits peuvent être exercés par email à dpo@malakoffhumanis.com ou par courrier à Malakoff Humanis, Pôle Informatique et Libertés, 21 rue Laffitte 75317 Paris Cedex 9.

En cas de réclamation relative à la protection des données, ces personnes disposent également du droit de contacter la CNIL directement sur son site internet <https://www.cnil.fr/fr/agir> ou par courrier à l'adresse suivante : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés, 3 Place de Fontenoy - TSA 80715, 75334 PARIS CEDEX 07.

Le participant et les bénéficiaires disposent également du droit de s'inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique gérée par la société Opossetel. Pour plus d'informations : www.bloctel.gouv.fr.

Pour information, l'Adhérent dispose également du droit de s'inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique gérée par la société Opossetel. Pour plus d'informations : www.bloctel.gouv.fr.



EXTRAIT DES STATUTS DE L'ASSOCIATION ALP

Association régie par la loi du 1^{er} juillet 1901, enregistrée à la Préfecture du Rhône sous le numéro : W691054598 –
SIREN 775 648 108

LES STATUTS COMPLETS SONT CONSULTABLES SUR INTERNET A L'ADRESSE SUIVANTE :
<https://april-entreprise.fr/association-alp/>

MIS A JOUR AU 29 AVRIL 2019

ARTICLE 3 : OBJET.

Elle a pour objet :

De mettre au point et de proposer à ses membres tout type d'assurance et de prévoyance.

De rechercher le plus grand nombre d'adhésions afin d'obtenir les conditions et les résultats les plus favorables.

De rechercher tout type d'activité ou prendre tout type de participations, de manière directe ou indirecte, dans des entreprises dont le but est d'intervenir dans les domaines de la santé, de la qualité de vie, du bien-être au travail, de l'aide à la personne, de l'éducation et de la formation en faveur notamment de ses adhérents et/ou de leurs ayants droits.

Acquérir tous biens immobiliers, directement, ou indirectement par le biais de prise de participation dans une société civile immobilière, en vue de la mise à disposition à titre gratuit ou onéreux, de ces biens immobiliers, auxdites entreprises.

De développer tout service pouvant avoir un rôle social, éducatif ou de formation.

De proposer des programmes de formation destinés aux membres n'ayant pas accès aux dispositifs de formation classique ou difficilement en raison de handicaps ou de difficultés liées à la maîtrise de la langue.

D'accompagner les entreprises membres dans le reclassement ou le maintien dans l'emploi de leurs collaborateurs en inaptitude ou en difficulté professionnelle, ou dans le recrutement de personnes en situation de handicap.

De favoriser des missions d'assistance, notamment par la création d'un fonds social, au profit de ses membres, des membres des associations liées à elle, et de leur famille.

De créer un « Fonds d'Actions Sociales ESN Santé » conformément aux Conventions Collectives Nationales des bureaux d'études techniques, cabinet d'ingénieurs-conseils, sociétés de conseil (IDCC 1486) et des prestataires de services (IDCC 2098), dédié à la délivrance auprès des assurés de différentes prestations d'actions sociales (prévention, soutien, accompagnement et aides).

De participer, directement ou indirectement, à toute mission à caractère social, éducatif, solidaire, intergénérationnel et de formation, notamment par la mise à disposition, à titre gratuit ou onéreux, des biens mobiliers et immobiliers dont elle est propriétaire directement ou indirectement.

D'effectuer toute opération pouvant se rattacher directement ou indirectement à l'objet de l'Association et à tout objet similaire ou connexe pouvant favoriser son extension ou son développement.

De participer, par tous moyens, à toutes entreprises, associations ou sociétés créées ou à créer, pouvant se rattacher, directement ou indirectement à l'objet social.

De créer un esprit de solidarité, des rapports conviviaux notamment par la création, l'organisation et l'animation d'un club rassemblant les membres de l'association en favorisant les échanges transversaux de connaissances et de savoir-faire et en mettant à leur disposition une palette de services de tous ordres.

Titre II — COMPOSITION

ARTICLE 4 : MEMBRES.

Sont membres les entreprises ayant adhéré à l'Association pour y affilier leurs collaborateurs en activité, ces derniers ayant eux-mêmes la qualité de membres, à titre personnel.

Ont également la qualité de membres, les collaborateurs momentanément privés d'emploi et les retraités ayant souscrit un



contrat auprès de l'Association Lyonnaise de Prévoyance ainsi que toute autre personne physique inscrite à l'Association et assujettie à un régime obligatoire d'assurance maladie-assurance vieillesse.

Les membres participent aux Assemblées générales avec voix délibératives ; ils sont électeurs et éligibles.

Sont également membres de l'Association les personnes visées à l'article 7 des statuts, dans les conditions et limites prévues par l'article 7.

ARTICLE 5 : DEMANDES D'ADHÉSION.

Toute demande d'adhésion à l'association implique l'engagement de respecter les obligations des présents statuts et celles de tous règlements élaborés par le Conseil d'Administration ainsi que les dispositions du ou des régimes auxquels l'affiliation est demandée. Elle implique aussi l'obligation de verser dans les délais indiqués, les cotisations prévues par le contrat d'adhésion, la cotisation à l'association et celle de fournir aux dates prescrites les renseignements nécessaires.

La cotisation à l'association est fixée par le Conseil d'Administration.

ARTICLE 6 : PERTE DE LA QUALITÉ DE MEMBRE ET RADIATIONS

Cessent de faire partie de l'Association :

1° Les collaborateurs quittant le service d'une entreprise adhérente pour un motif autre que l'admission à la retraite ou la perte momentanée d'emploi,

2° Les membres qui auront régulièrement donné leur démission à l'échéance anniversaire prévue au contrat, par lettre recommandée adressée au siège de l'Association en respectant le délai de préavis prévu au contrat, ou dont le ou les contrats auront été résiliés en application des dispositions du règlement de prévoyance ou des contrats d'assurances souscrits,

3° par décès du collaborateur ou de la personne physique membre de l'Association,

4° par disparition du membre,

5° Les membres dont la radiation aura été prononcée par le Conseil d'Administration pour motifs graves, notamment pour toute action portant ou tendant à porter atteinte aux intérêts matériels et moraux de l'Association.

Dans cette hypothèse, la décision est notifiée au membre radié dans les quinze jours qui suivent la décision par lettre recommandée avec accusé de réception.

Le membre ainsi radié peut dans un délai de huit jours, à peine de forclusion, après cette notification, présenter une demande de révision devant le Conseil d'Administration qui statue à nouveau après avoir entendu les explications du membre.

6° Pour le cas où le régime de frais de santé souscrit pour le compte de ses salariés, par une entreprise adhérente de cent salariés et plus, afficherait un rapport sinistre à prime d'au moins 110 %, l'Association proposera à l'entreprise de nouvelles conditions de prestations et de cotisations destinées à atteindre l'équilibre desdites opérations d'assurances. En cas de refus des nouvelles propositions, l'entreprise cotisante perdra sa qualité de membre de l'Association.

Titre VI. — ASSEMBLÉES GÉNÉRALES

ARTICLE 16 : FORMATION.

L'Assemblée générale ordinaire ou extraordinaire est composée de l'ensemble des membres de l'Association. Elle délibère sur l'ordre du jour arrêté par le Conseil d'Administration.

Chaque personne morale membre dispose d'autant de voix que l'entreprise compte de collaborateurs en activité, sans que ce nombre de voix puisse excéder cent. Chaque membre personne physique dispose d'une voix. Toutefois, les membres empêchés peuvent se faire représenter par un autre membre de l'Association ou par leur conjoint. Un membre ne peut recevoir plus de 5% des droits de vote en pouvoirs. Le membre qui adresse un pouvoir en blanc (sans indication de mandataire) émet un vote favorable à l'adoption des projets de résolution présentés ou agréés par le Conseil d'administration et un vote défavorable à l'adoption de tous les autres projets de résolution.

Le Bureau de l'Assemblée générale est constitué du Président, du Trésorier et du Secrétaire.

L'Assemblée se réunit au moins une fois par an sur convocation du Président ou à la demande d'un dixième des membres de l'Association.

Les membres doivent adresser par écrit, huit jours avant la date de l'Assemblée générale, le texte des questions qu'ils pourraient avoir à poser.



ARTICLE 17 : CONVOCATIONS.

Les convocations pourront être effectuées soit par courrier, soit par courriel ou par tout autre moyen notamment électronique conforme à la réglementation applicable.

Ces convocations doivent indiquer l'ordre du jour, les projets de résolutions conformément à l'article R 141-5 du Code des Assurances et être communiquées aux intéressés trente jours au moins avant la date prévue pour l'Assemblée générale. Huit jours avant l'Assemblée générale, tous les documents et rapports s'y rapportant pourront être consultés au Siège Social de l'Association.

ARTICLE 18 : ATTRIBUTIONS DES ASSEMBLÉES GÉNÉRALES.

1) L'Assemblée générale ordinaire

L'Assemblée générale ordinaire entend les rapports du Conseil d'Administration, du commissaire aux comptes sur la situation morale ou financière de l'Association, ainsi que le rapport établi au préalable par le Bureau sur la gestion et le fonctionnement du fonds social, statue sur les comptes annuels qui lui sont soumis, vote le budget. Chaque année, le Président informe l'Assemblée Générale des rémunérations versées par l'entreprise d'assurance à un ou plusieurs membres du Conseil et liée au montant des cotisations ou à l'encours des contrats souscrits par l'Association.

L'Assemblée Générale élit les Administrateurs et nomme le ou les commissaires aux comptes. Elle a seule qualité pour autoriser la signature d'avenants aux contrats d'assurance de groupe souscrits par l'Association. Elle peut toutefois déléguer au Conseil d'administration ses pouvoirs dans les conditions prévues par l'article R141-6 du Code des Assurances. Cette délégation n'est valable que pour 18 mois.

Seuls les points indiqués à l'ordre du jour peuvent faire l'objet d'une décision.

L'Assemblée générale ordinaire ne délibère valablement que si 1/30^{ème} des membres sont présents ou représentés dans la limite de 1 000 membres. A défaut de réunir ce quorum sur première convocation, une seconde assemblée est convoquée et se réunit quel que soit le nombre de membres présents ou représentés.

Ces décisions sont prises à la majorité simple des membres présents ou représentés. En cas de partage des voix, la voix du président est prépondérante.

2) L'Assemblée générale extraordinaire

L'Assemblée générale extraordinaire est appelée à se prononcer sur la fusion ou la dissolution de l'Association.

Cette Assemblée générale ne délibère valablement que si 1/30^{ème} des membres sont présents ou représentés dans la limite de 1 000 membres. A défaut de réunir ce quorum sur première convocation, une seconde assemblée est convoquée et se réunit quel que soit le nombre de membres présents ou représentés.

Les décisions de l'Assemblée générale extraordinaire sont prises à la majorité des deux tiers des membres présents ou représentés. En cas de partage des voix, la voix du président est prépondérante.

ARTICLE 19 : PROCES-VERBAUX DES DÉLIBÉRATIONS

Il est tenu procès-verbal des délibérations de l'Assemblée Générale. Les procès-verbaux sont inscrits sur un registre spécial et sont signés par le Président et par le Secrétaire. Les copies et extraits de ces procès-verbaux sont signés par le Président ou par deux membres du Bureau.

Les procès-verbaux peuvent être consultés au siège social sur simple demande du membre de l'Association.

