



Conditions générales

Santé COLLECTIVE

[Contrat socle]

Sommaire

1• DÉFINITIONS	3
2• OBJET DU CONTRAT	4
3• MISE EN PLACE DES GARANTIES ET VIE DU CONTRAT	4
4• DROIT DE RENONCIATION	5
5• MODIFICATIONS DES DISPOSITIONS CONTRACTUELLES	5
6• DURÉE, CESSATION ET SUSPENSION DES GARANTIES	6
7• MAINTIEN D'UNE COUVERTURE AU PROFIT DES ANCIENS ASSURÉS	6
8• COTISATIONS	7
9• VARIATION DES COTISATIONS ET DES GARANTIES	7
10• OBLIGATIONS DE L'ADHÉRENT ET DU PARTICIPANT	7
11• DÉFAUT DE PAIEMENT DES COTISATIONS	8
12• GARANTIES	8
13• TERRITORIALITÉ DES GARANTIES	10
14• MODALITÉS DE REMBOURSEMENT	10
15• DISPOSITIONS DIVERSES	10

1• DÉFINITIONS

1•1 ASSOCIATION SOUSCRIPTRICE

C'est l'association qui souscrit le contrat cadre d'assurance de groupe, auprès d'un organisme assureur pour le compte de ses adhérents. Le nom de l'association est inscrit aux conditions particulières.

1•2 ALPTIS ASSURANCES

C'est l'organisme en charge de la gestion des contrats d'adhésion pour le compte de l'organisme assureur.

1•3 ORGANISME ASSUREUR

C'est la compagnie d'assurance ou la mutuelle auprès de laquelle l'association souscriptrice a souscrit un contrat cadre d'assurance de groupe ouvert à toute personne morale membre de l'association.

Le nom de la compagnie d'assurance ou de la mutuelle assurant le contrat cadre d'assurance de groupe est mentionné aux conditions particulières.

1•4 ADHÉRENT

C'est l'entreprise, dont le siège social est en France métropolitaine (**hors Monaco**), en Martinique, en Guadeloupe, à la Réunion ou en Guyane qui adhère au contrat cadre d'assurance de groupe souscrit auprès de l'organisme assureur par l'association souscriptrice, au bénéfice de ses salariés, dénommés participants.

1•5 CATÉGORIE DE PERSONNEL

Tout ou partie du personnel déterminé à partir de critères objectifs tels que définis à l'article R. 242-1-1 du Code de la Sécurité sociale permettant d'établir la catégorie de salariés visés par l'adhésion.

1•6 PARTICIPANTS

Ce sont les salariés qui appartiennent à la catégorie de personnel assuré et dont l'affiliation à l'association souscriptrice et au contrat d'adhésion a été régularisée.

1•7 AYANTS DROIT

A défaut de spécificité mentionnée aux conditions particulières, sont considérés comme répondant à la définition d'ayants droit :

- le conjoint du participant répondant à l'une des définitions suivantes :
 - le conjoint marié du participant non séparé de corps judiciairement, qu'il exerce ou non une activité professionnelle,
 - le ou la partenaire auquel ou à laquelle le participant est lié par un pacte civil de solidarité (PACS) sous réserve de la production d'un document officiel attestant du PACS, que ce partenaire exerce ou non une activité professionnelle,
 - le concubin du participant, désigné lors de son affiliation sous réserve de la production de tout document justifiant d'une adresse commune depuis au moins un an, qu'il exerce ou non une activité professionnelle ;
- les enfants répondant à l'une des définitions suivantes :
 - les enfants célibataires du participant ou de son conjoint (affiliés au titre d'ayants droit sur la carte d'assuré social du participant ou de son conjoint) jusqu'au 31 décembre de leur vingtième anniversaire,
 - les enfants étudiants du participant ou de son conjoint bénéficiant du régime de la Sécurité sociale des étudiants jusqu'au 31 décembre de leur vingt-huitième anniversaire,
 - les enfants du participant ou de son conjoint suivant une formation en alternance jusqu'au 31 décembre de leur vingt-huitième anniversaire,
 - les enfants handicapés du participant ou de son conjoint s'ils sont avant leur vingt-et-unième anniversaire bénéficiaires de l'allocation spéciale des adultes handicapés.

1•8 ASSURÉS

Les participants et leurs ayants droit sous réserve du paiement des cotisations.

1•9 DEMANDE D'ADHÉSION

C'est le document rempli et signé par l'entreprise en vue de son adhésion au contrat cadre d'assurance de groupe et à l'association.

1•10 DEMANDE INDIVIDUELLE D'AFFILIATION

C'est le document rempli et signé par l'entreprise et par le salarié qui appartient à la catégorie de personnel visée par l'adhésion.

1•11 CERTIFICAT D'AFFILIATION

C'est le document envoyé à l'adhérent pour lui notifier l'affiliation au contrat d'adhésion de chacun des salariés appartenant à la catégorie de personnel assuré.

L'affiliation à l'association cesse en cas de résiliation de l'adhésion de l'entreprise.

1•12 DESCRIPTIF DES PRESTATIONS

C'est la description des garanties souscrites par l'adhérent au profit des participants.

1•13 CONTRAT D'ADHÉSION

Le contrat d'adhésion est constitué des présentes Conditions Générales, de la Demande d'Adhésion, des Demandes Individuelles d'Affiliation et des Conditions Particulières.

Les conditions particulières reprennent notamment :

- les conditions d'admission et les garanties souscrites acceptées par l'organisme assureur ;
- la date d'effet des garanties ;
- le ou les descriptif(s) de prestations ;
- éventuellement des dispositions spéciales.

Les garanties non mentionnées dans les conditions particulières sont réputées non souscrites.

Le contrat d'adhésion est régi par le droit français. Les parties utiliseront la langue française pendant toute la durée du contrat d'adhésion.

Santé Collective [Contrat socle]

1•14 DATE D'EFFET

C'est la date à partir de laquelle les garanties prennent effet et les cotisations sont dues.

1•15 BASE DE REMBOURSEMENT

Tarif sur lequel sont calculés les remboursements effectués par la Sécurité sociale française.

1•16 CONTRAT D'ACCÈS AUX SOINS (CAS)

Contrat signé par certains médecins/praticiens favorisant l'accès aux soins par une meilleure prise en charge des patients. Les médecins/praticiens signataires s'engagent à limiter leurs dépassements d'honoraire.

1•17 PLAFOND MENSUEL DE LA SÉCURITÉ SOCIALE (PMSS)

Montant fixé par décret et qui sert de référence pour déterminer certaines cotisations et certaines prestations, le PMSS de référence est celui de l'année en cours.

1•18 NOTICE D'INFORMATION

Document remis par l'adhérent aux participants qui définit les garanties et leurs modalités d'entrée en vigueur ainsi que les formalités à accomplir pour les demandes de remboursement de prestations.

1•19 RÉGIME DE BASE

Régime légal de protection sociale français auquel sont obligatoirement affiliés les assurés.

1•20 DISPOSITIF OBLIGATOIRE

Garantie de base obligatoire souscrite par l'adhérent au profit des participants.

Ce dispositif peut être complété par le pack Zen souscrit à titre obligatoire par l'adhérent au profit des participants, sous réserve qu'il soit proposé.

1•21 PACK OPTIONNEL FACULTATIF

Pack Zen non souscrit par l'adhérent à titre obligatoire. Dans ce cas, ce pack est ouvert aux participants à titre facultatif, sous réserve qu'il soit proposé.

2•OBJET DU CONTRAT

Le présent contrat de remboursement de frais de santé a pour objet de faire bénéficier à tous les membres de la catégorie de personnel de l'adhérent définie aux conditions particulières :

- d'un dispositif obligatoire composé :
 - de modules de prestations complémentaires au régime de base français,
 - et le cas échéant, du pack Zen.

L'adhésion est à caractère obligatoire, c'est-à-dire qu'elle concerne la totalité des membres de la catégorie de personnel assuré sous réserve de l'exercice des éventuelles dispenses d'affiliation prévues et conformes à la réglementation en vigueur.

- d'un pack optionnel facultatif sous réserve qu'il soit proposé : si l'adhérent n'a pas souscrit dans le dispositif obligatoire le pack Zen, les participants pourront alors compléter leur dispositif obligatoire en s'affiliant à celui-ci à titre facultatif.

L'adhésion est régie par le Code des assurances ou le Code de la mutualité selon l'organisme assureur.

3•MISE EN PLACE DES GARANTIES ET VIE DU CONTRAT

3•1 CONDITION D'ADHÉSION DE L'ENTREPRISE

L'adhérent à l'association souscriptrice doit transmettre à Alptis Assurances lors de son adhésion :

- la demande d'adhésion complétée et signée ;
- la liste des salariés de la catégorie de personnel assurable à la date de demande d'adhésion au contrat ;
- les demandes individuelles d'affiliation complétées et signées conjointement par l'adhérent et par chaque salarié appartenant à la catégorie de personnel assurable.

3•2 CONDITIONS D'AFFILIATION DES PARTICIPANTS

3•2•1 Dispositif obligatoire

L'affiliation des salariés est subordonnée aux conditions cumulatives suivantes :

- appartenir à la catégorie de personnel assurable défini dans les conditions particulières ;
- être affilié à un régime obligatoire de droit français d'assurance maladie et maternité ;
- qu'Alptis Assurances ait réceptionné les demandes individuelles d'affiliation remplies et signées par l'adhérent et les participants.

L'affiliation est notifiée par un certificat d'affiliation pour chaque participant. La remise du certificat d'affiliation à chaque participant incombe à l'adhérent.

3•2•2 Pack optionnel facultatif

L'affiliation des salariés est subordonnée aux conditions cumulatives suivantes :

- appartenir à la catégorie de personnel assurable ;
- être affilié à un régime obligatoire de droit français d'assurance maladie et maternité ;
- être bénéficiaire du dispositif obligatoire ;
- qu'Alptis Assurances ait réceptionné les demandes individuelles d'affiliation remplies et signées par l'adhérent et les participants.

Lorsque le salarié demande son affiliation au pack optionnel facultatif, ses ayants droit inscrits au dispositif obligatoire seront automatiquement affiliés au pack optionnel facultatif. L'affiliation est notifiée par la délivrance d'un certificat d'affiliation à chaque participant. La remise du certificat d'affiliation à chaque participant incombe à l'adhérent.

Santé Collective [Contrat socle]

3•3 PRISE D'EFFET DE L'ADHÉSION

En cas d'acceptation du risque, le contrat d'adhésion prend effet à la date souhaitée par l'entreprise et au plus tôt à compter de la date de réception au siège d'Alptis Assurances du dossier complet de l'entreprise (demande d'adhésion, demandes individuelles d'affiliation). La date d'effet retenue sera indiquée aux conditions particulières.

En cas de création d'entreprise, la date d'effet du contrat est celle de la date de création de l'entreprise (la date de l'inscription au registre du commerce et des sociétés) si la demande d'adhésion est adressée dans les deux mois suivant la création et sous réserve d'acceptation du risque.

L'adhésion de l'entreprise est subordonnée au renvoi par cette dernière des conditions particulières signées par ses soins à Alptis Assurances.

3•4 PRISE D'EFFET DES GARANTIES POUR LES PARTICIPANTS

3•4•1 Dispositif obligatoire

Les salariés, appartenant à la catégorie de personnel assuré, bénéficient des garanties à compter de la date d'effet de l'adhésion de l'entreprise, sauf stipulation expresse aux conditions particulières. Les salariés affiliés après la date d'effet de l'adhésion bénéficient des garanties à partir de la date à laquelle ils relèvent de la catégorie de personnel assuré et remplissent les conditions pour bénéficier du contrat.

La demande individuelle d'affiliation doit être transmise dans les trois mois suivant l'événement. A défaut, la date d'effet des garanties du participant sera la date de réception au siège d'Alptis Assurances de la demande individuelle d'affiliation.

3•4•2 Pack optionnel facultatif

Les participants, appartenant à la catégorie de personnel assuré, peuvent bénéficier au plus tôt des garanties à compter de la date d'effet de l'adhésion de l'entreprise, sauf stipulation expresse aux conditions particulières. Les participants non-inscrits initialement, qui demanderaient leur affiliation postérieurement à l'adhésion de l'entreprise et à la date à laquelle ils relèvent de la catégorie de personnel assuré, peuvent bénéficier au plus tôt des garanties à compter de la date de réception par Alptis Assurances de leur demande.

3•5 PRISE D'EFFET DES GARANTIES POUR LES AYANTS DROIT

3•5•1 Dispositif obligatoire

L'affiliation d'un ayant droit est subordonnée à l'affiliation du participant. La date d'effet des garanties pour les ayants droit est au plus tôt, la même que celle retenue pour le participant et lui est subordonnée. En cas d'affiliation ultérieure d'ayants droit la date d'effet des garanties est :

- en cas de mariage, de PACS, de naissance ou d'adoption (sur présentation d'un justificatif) :
 - le jour de l'événement si la demande est faite dans les deux mois suivant l'événement,
 - le 1^{er} jour du mois suivant la demande si celle-ci est faite plus de deux mois après l'événement ;
- le lendemain de la radiation de la garantie précédente si la demande est faite dans les deux mois (sur présentation d'un certificat de radiation) ; à défaut à la date de réception par Alptis Assurances de la demande.

3•5•2 Pack optionnel facultatif

La date d'effet des garanties pour les ayants droit est la même que celle retenue pour le participant et lui est subordonnée, sauf en cas d'affiliation ultérieure d'ayants droit.

4•DROIT DE RENONCIATION

Exclusivement applicable au pack optionnel facultatif lorsque celui-ci est proposé

Quel que soit le mode d'affiliation aux garanties du pack optionnel facultatif (vente à distance, démarchage notamment), le participant dispose d'un délai de 14 (quatorze) jours calendaires révolus pour renoncer à son affiliation à compter de la date de conclusion de celle-ci (qui correspond à la date d'émission du certificat d'affiliation).

En cas de renonciation, les dispositions suivantes s'appliquent :

- si des prestations ont été versées, le participant s'engage à rembourser à l'organisme assureur les montants éventuellement perçus dans le délai de 30 (trente) jours ;
- si des cotisations ont été perçues, l'organisme assureur les remboursera au participant dans un délai de 30 (trente) jours.

Modalités d'exercice du droit de renonciation

Le courrier de renonciation devra être envoyé à Alptis Assurances - 25 cours Albert Thomas - 69445 LYON CEDEX 03, en recommandé avec avis de réception.

Modèle de lettre de renonciation :

"Je soussigné(e) (Nom, Prénom et numéro du participant), demeurant à ai l'honneur de vous informer que je renonce à mon affiliation au pack optionnel facultatif du contrat Complémentaire Santé Entreprises que j'ai signée le (date)..... (Si des cotisations ont été perçues). Je vous prie de me rembourser les cotisations versées. Je m'engage, pour ma part, à rembourser le montant des prestations qui ont pu m'être versées".

A..... Le

Signature

5•MODIFICATIONS DES DISPOSITIONS CONTRACTUELLES

5•1 DISPOSITIF OBLIGATOIRE

Après un an d'adhésion à la garantie, l'adhérent pourra demander la modification de sa garantie pour un effet au 1^{er} janvier suivant la réception par Alptis Assurances de la demande de modification.

En cas d'événement tel qu'un rachat, une absorption, une offre publique d'achat, une fusion, ou une scission, de nature à remettre en cause la portée des engagements réciproques, les parties se réservent la possibilité de revoir en cours d'exercice les dispositions contractuelles en vigueur au niveau du contrat d'adhésion.

5•2 PACK OPTIONNEL FACULTATIF

Le participant peut demander, à tout moment l'ajout du pack optionnel, pour un effet au plus tôt à la date de réception par Alptis Assurances de la demande d'affiliation.

Cette modification s'applique aux éventuels ayants droit affiliés.

6•DURÉE, CESSATION ET SUSPENSION DES GARANTIES

6•1 DURÉE ET CESSATION DE L'ADHÉSION DE L'ADHÉRENT

L'adhésion court de la date d'effet jusqu'au 31 décembre de l'année en cours.

Elle se renouvelle par tacite reconduction annuelle le 1^{er} janvier de chaque année.

L'adhésion cesse dans les cas suivants :

- en cas de dénonciation du contrat cadre d'assurance de groupe par l'association souscriptrice ou l'organisme assureur à l'échéance annuelle ;
 - en cas de résiliation de l'adhésion par l'organisme assureur, à l'échéance annuelle au 31 décembre, par lettre recommandée avec avis de réception, adressée au siège de l'adhérent avec un préavis de 2 mois (avant le premier novembre) ;
 - en cas de résiliation du contrat d'adhésion par l'adhérent à l'échéance annuelle au 31 décembre, par lettre recommandée avec avis de réception, adressée au siège d'Alptis Assurances - 25 cours Albert Thomas - 69445 LYON CEDEX 03, avec un préavis de 2 mois (avant le premier novembre) ;
- Les cotisations restent dues pour la totalité de l'exercice (jusqu'au 31 décembre de l'année en cours) et les garanties restent en vigueur pour les prestations engagées jusqu'au 31 décembre de l'année en cours.

En outre, Alptis Assurances pour le compte de l'organisme assureur peut mettre fin à l'adhésion :

- à tout moment et sans préavis lorsque lorsqu'il n'y a plus de participant dans la (les) catégorie(s) de personnel affilié ;
- en cas de non-paiement des cotisations selon les modalités définies à l'article 11 ;
- lorsque les conditions requises à l'adhésion ne sont plus remplies.

En cas de modification de ses droits et obligations, l'adhérent dispose d'une faculté de résiliation de son contrat par lettre recommandée avec avis de réception dans un délai d'un mois à compter de la notification de la modification par Alptis Assurances conformément à l'article L. 141-4 du Code des assurances ou L. 221-6 alinéa 2 du Code de la mutualité.

La résiliation du dispositif obligatoire entraîne la résiliation du pack optionnel facultatif.

6•2 DURÉE ET CESSATION DES GARANTIES POUR LES PARTICIPANTS ET LES AYANTS DROIT

Les garanties sont accordées de la date d'effet d'affiliation des participants et des ayants droits jusqu'au 31 décembre de l'année en cours.

Elles se renouvellent par tacite reconduction annuelle le 1^{er} janvier de chaque année.

Pour le dispositif obligatoire et le pack optionnel facultatif, les garanties cessent dans les cas suivants :

- en cas de dénonciation du contrat cadre d'assurance de groupe par l'association souscriptrice ou l'organisme assureur à l'échéance annuelle ;
- en cas de résiliation de l'adhésion par l'organisme assureur ou l'adhérent à l'échéance annuelle.

L'adhérent informe le participant de la résiliation ou de la non-reconduction du contrat d'assurance et du délai dans lequel le participant peut demander à Alptis Assurances pour le compte de l'organisme assureur, le maintien de sa couverture à titre individuel. Dans ce cas, sa cotisation globale (part patronale et part salariale) sera majorée de 100 % ;

- en cas de sortie du participant de l'entreprise ou de la catégorie de personnel assurée ;
- en cas de non-paiement des cotisations selon les modalités définies à l'article 11 ;
- lorsque les conditions requises lors de l'affiliation ne sont plus remplies ;
- en cas de décès du participant ;
- en tout état de cause, à la liquidation des droits à la retraite du participant avec application des dispositions de l'article 7•2 ci-après, sauf lorsque celui-ci continue à exercer une activité professionnelle au sein de l'entreprise adhérente dans le cadre d'un cumul emploi-retraite, sous réserve de l'existence d'un contrat de travail et que cette information ait été portée à la connaissance de l'organisme assureur.

En outre, pour le pack optionnel facultatif, les garanties cessent :

- en cas de résiliation du dispositif obligatoire ;
- en cas d'exercice de la faculté de renonciation selon les modalités définies à l'article 4 ;
- en cas de résiliation de son affiliation par le participant à l'échéance annuelle au 31 décembre, par lettre recommandée avec avis de réception, adressée au siège d'Alptis Assurances - 25 cours Albert Thomas - 69445 LYON CEDEX 03, avec un préavis de 2 mois (avant le premier novembre) ; les cotisations restent dues pour la totalité de l'exercice (jusqu'au 31 décembre de l'année en cours) et les garanties restent en vigueur pour les frais prescrits jusqu'au 31 décembre de l'année en cours. La résiliation est alors définitive ;
- en cas de modification de ses droits et obligations, le participant dispose d'une faculté de résiliation de son affiliation par lettre recommandée avec avis de réception dans un délai d'un mois à compter de la notification de la modification par Alptis Assurances conformément à l'article L. 141-4 du Code des assurances ou L. 221-6 alinéa 2 du Code de la mutualité.

Les ayants droit cessent de bénéficier de la garantie en même temps que le participant ou dès qu'ils ne répondent plus à la définition d'ayants droit au sens de la définition présentée à l'article 1.

La résiliation du pack optionnel facultatif, intervient automatiquement en cas de souscription de ce même pack par l'adhérent, dans le cadre du dispositif obligatoire.

6•3 SUSPENSION DES GARANTIES POUR LES PARTICIPANTS ET LES AYANTS DROIT

En cas de suspension du contrat de travail du participant, les garanties sont elles mêmes suspendues pendant la même période et avec les mêmes effets que leur cessation sauf dispositions contraires prévues aux conditions particulières. Cependant, le bénéfice des garanties demeure maintenu au profit des salariés dont le contrat de travail est suspendu pour la période au titre de laquelle ils bénéficient soit d'un maintien total ou partiel de salaire soit d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par l'employeur, qu'elles soient versées directement par l'employeur ou pour son compte par l'intermédiaire d'un tiers.

7•MAINTIEN D'UNE COUVERTURE AU PROFIT DES ANCIENS ASSURÉS

7•1 MAINTIEN DES GARANTIES EN APPLICATION DE L'ARTICLE L. 911-8 DU CODE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE (PORTABILITÉ DES DROITS)

Le maintien gratuit du bénéfice des garanties, prévues dans les conditions de l'article L. 911-1 du Code de la Sécurité sociale, est prévu en cas de rupture du contrat de travail, non consécutive à une faute lourde, ouvrant droit à la prise en charge par le régime d'assurance chômage (Pôle Emploi). L'intéressé doit fournir à Alptis Assurances la justification de la prise en charge par le régime d'assurance chômage.

L'adhérent transmettra à Alptis Assurances la demande d'affiliation de portabilité de l'ex-collaborateur participant, accompagnée de la copie de l'attestation employeur adressée au Pôle Emploi.

Santé Collective [Contrat socle]

Le maintien des garanties commence à compter de la date de cessation du contrat de travail et s'applique pendant une durée égale à la durée du dernier contrat de travail ou le cas échéant des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez l'adhérent, appréciée en mois (arrondie au nombre supérieur), tant que l'ancien salarié bénéficie des droits à allocations du Pôle Emploi et dans la limite maximale de 12 mois de couverture. L'ancien salarié doit informer Alptis Assurances de la cessation du versement des allocations du régime d'assurance chômage lorsque celle-ci intervient avant la fin de la période définie précédemment.

En cas d'évolution des garanties complémentaires postérieurement au départ de l'ancien salarié, celles-ci s'appliquent automatiquement à lui.

En cas de résiliation des garanties complémentaires postérieurement au départ de l'ancien salarié, le maintien de ces dernières cesse le jour où le contrat est résilié, quelle qu'en soit la cause.

7•2 MAINTIEN DES GARANTIES EN APPLICATION DE L'ARTICLE 4 DE LA LOI N° 89-1009 DU 31 DÉCEMBRE 1989

Personnes concernées

- Les anciens salariés qui en raison d'une rupture de leur contrat de travail ne sont plus participants au contrat cadre d'assurance de groupe santé et qui sont bénéficiaires :
 - de prestations incapacité de travail,
 - ou d'une rente d'invalidité,
 - ou d'une pension retraite,
 - ou d'un revenu de remplacement.
- Les ayants droit, suite au décès du participant.

Garanties proposées

Les personnes concernées peuvent demander leur adhésion à un contrat groupe de santé à adhésion facultative de niveau équivalent.

Effet des garanties

La demande doit être faite dans les six mois suivant :

- la rupture du contrat de travail ou, le cas échéant, la fin de la période durant laquelle l'ancien salarié a bénéficié d'un maintien de garanties à titre temporaire ;
- le décès du participant.

L'adhérent devra informer Alptis Assurances du décès du participant.

Les garanties prennent effet au plus tard le lendemain de la demande, conformément à l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989. Aucune sélection médicale ni aucun délai d'attente ne sera appliqué.

Cotisations

Pour les ayants droit du participant décédé, le maintien des garanties précité se fera à titre gratuit pendant une durée d'un an (sous réserve de la non résiliation du contrat). Dans les 6 mois suivants, ils peuvent demander à bénéficier d'un contrat groupe santé à adhésion facultative, de niveau équivalent, sans aucun délai d'attente ni aucune sélection médicale.

Pour les anciens salariés, les cotisations sont déterminées sur la base d'une majoration de 50 % du tarif global par participant. Elles sont payables d'avance par l'ancien salarié ou ses ayants droit.

8•COTISATIONS

8•1 DISPOSITIF OBLIGATOIRE

Les cotisations sont calculées sur la base du plafond de la Sécurité sociale, sauf dispositions contraires mentionnées dans les conditions particulières. Les cotisations sont fixées en considération de la réglementation actuelle de la Sécurité sociale. Les taux de cotisation sont mentionnés aux conditions particulières. Le montant des cotisations est calculé en appliquant le ou les taux de cotisations sur le plafond de la Sécurité sociale en vigueur au moment de l'appel des cotisations.

En outre, les conditions tarifaires sont établies en fonction de la situation démographique au moment de l'adhésion. En cas de modification de cette situation démographique, les cotisations sont susceptibles d'être révisées. Les cotisations sont dues à partir de la date d'effet du contrat d'adhésion. Le paiement des cotisations à Alptis Assurances incombe à l'adhérent y compris pour la part salariale. L'appel des cotisations est trimestriel et les cotisations sont payables dans les dix jours suivant chaque trimestre.

8•2 PACKS OPTIONNEL FACULTATIF

Le montant des cotisations est exprimé en euros. Le paiement de la cotisation est à la charge exclusive du participant.

Les cotisations sont dues à partir de la date d'effet de l'affiliation.

Les cotisations sont payables mensuellement d'avance par prélèvement automatique sur le compte bancaire du participant.

En cas de cessation de l'affiliation du participant, la cotisation est due jusqu'au terme de l'affiliation.

9•VARIATION DES COTISATIONS ET DES GARANTIES

Les cotisations sont indexées au 1^{er} janvier de chaque exercice en fonction de l'évolution des dépenses de la Sécurité Sociale ainsi que des résultats techniques du groupe assuré.

Par ailleurs, les garanties et les cotisations peuvent être réactualisées à tout moment en cas de modification des remboursements des régimes de base, ou de la législation fiscale ou sociale qui viendrait modifier la portée des engagements de l'organisme assureur.

10•OBLIGATIONS DE L'ADHÉRENT ET DU PARTICIPANT

10•1 DISPOSITIF OBLIGATOIRE

L'adhérent doit :

- affilier au dispositif obligatoire la totalité des membres de son personnel appartenant à la catégorie à assurer sous réserve de l'exercice des éventuelles dispenses d'affiliation prévues et conformes à la réglementation en vigueur.
- maintenir dans l'assurance la totalité de la catégorie de personnel assuré sous réserve de l'exercice des éventuelles dispenses d'affiliation prévues et conformes à la réglementation en vigueur ;

Santé Collective [Contrat socle]

- régler à Alptis Assurances les cotisations trimestrielles correspondantes dans les dix jours suivant la fin de chaque trimestre. Il est à noter que les cotisations sont payées directement par l'adhérent qui est seul responsable de leur versement y compris pour la part salariale ;
- remettre aux participants les notices d'information y compris celles modifiées en cours de contrat ;
- informer par écrit les participants des modifications qu'il est prévu, le cas échéant, d'apporter à leurs droits et obligations, notamment avant toute réduction de garanties, toute modification tarifaire ou résiliation de l'adhésion ;
- restituer à Alptis Assurances les cartes de tiers payant lorsque le participant cesse de bénéficier des présentes garanties ;
- informer Alptis Assurances de toute procédure collective (notamment de redressement ou liquidation judiciaire) visant l'adhérent au plus tard dans les 15 jours suivant son ouverture ;
- informer Alptis Assurances de toute modification de sa propre situation (changement d'activité, de convention collective, de localisation, etc.), ou de celle d'un participant (changement de situation de famille, rupture du contrat de travail, période éventuelle d'interruption de travail dont il a connaissance, etc) au plus tard dans les 15 jours qui suivent le changement de situation. Le défaut de déclaration dans ce délai engage la responsabilité de l'adhérent. Il pourra alors être tenu du remboursement des prestations versées à tort au participant.

Le non-respect des obligations précitées engage la responsabilité de l'adhérent vis-à-vis de ses salariés et de l'organisme assureur.

10•2 PACK OPTIONNEL FACULTATIF

L'adhérent doit :

- remettre aux participants les notices d'information y compris celles modifiées en cours de contrat ;
- informer par écrit les participants des modifications qu'il est prévu, le cas échéant, d'apporter à leurs droits et obligations, notamment avant toute réduction de garanties, toute modification tarifaire ou résiliation de l'adhésion.

Le participant doit :

- régler à Alptis Assurances les cotisations à l'échéance indiquée aux conditions particulières ;
- fournir, sous peine de perdre le droit aux prestations, tous les renseignements et documents nécessaires à Alptis Assurances.

11•DÉFAUT DE PAIEMENT DES COTISATIONS

11•1 DISPOSITIF OBLIGATOIRE

A défaut du paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation, Alptis Assurances adresse à l'adhérent par lettre recommandée avec avis de réception pour le compte de l'organisme assureur une mise en demeure, au plus tôt dix jours après l'échéance. La garantie est suspendue trente jours après la mise en demeure de l'adhérent. La résiliation de l'adhérent et de tous les assurés intervient sans autre formalité (sous réserve des dispositions spécifiques prévues aux conditions particulières) au plus tôt quarante jours après la mise en demeure. Les cotisations sont dues jusqu'à la date de résiliation effective.

11•2 PACK OPTIONNEL FACULTATIF

A défaut du paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation, Alptis Assurances adresse au participant par lettre recommandée avec avis de réception pour le compte de l'organisme assureur une mise en demeure, au plus tôt dix jours après l'échéance. La résiliation intervient sans autre formalité (sous réserve des dispositions spécifiques prévues aux conditions particulières) au plus tôt quarante jours après la mise en demeure. Les cotisations sont dues jusqu'à la date de résiliation effective.

12•GARANTIES

12•1 RISQUES COUVERTS

Les prestations garanties sont complémentaires aux prestations en nature des assurances maladie et maternité de la Sécurité sociale et leur attribution est subordonnée à la prise en charge et à la déclaration à cet organisme des frais engagés par l'assuré, sauf garanties non prises en charge par la Sécurité sociale mentionnées dans le descriptif des prestations. Les prestations garanties sont définies aux conditions particulières.

Seuls les frais expressément mentionnés dans le descriptif des prestations sont pris en charge.

Le présent contrat de remboursement de frais de santé répond au dispositif du contrat responsable.

Il prend, notamment en charge dans les conditions fixées par l'article L. 871-1 et ses textes d'application :

- les prestations liées aux consultations et prescriptions des praticiens dans les conditions définies aux articles R. 871-1 et R. 871-2 du Code de la Sécurité sociale ;
- les prestations liées à la prévention, dont la liste est fixée par l'arrêté du 8 juin 2006.

En tout état de cause, le contrat sera mis en conformité en cas d'évolution législative ou réglementaire relative au contrat responsable.

12•2 HOSPITALISATION MÉDICALE, CHIRURGICALE, À DOMICILE, MATERNITÉ, ÉTABLISSEMENT ET UNITÉS SPÉCIALISÉS

Seuls sont pris en charge les soins et séjours effectués au sein des établissements sanitaires. On entend par établissements sanitaires :

- les établissements de médecine, chirurgie, maternité,
- les établissements et unités spécialisés :
 - psychiatriques,
 - de soins de suite,
 - de réadaptation.

Pour pouvoir être indemnisé, le séjour doit donner lieu en outre à facturation du forfait journalier prévu à l'article L. 174-4 du Code de la Sécurité sociale prévu par arrêté (sauf dans le cas de l'hospitalisation à domicile).

Les prestations et séjours effectués au sein des établissements médico-sociaux ne sont pas pris en charge.

Cas spécifique de la chambre particulière :

Pour la chambre particulière, les modalités de prise en charge sont précisées dans le descriptif de prestation.

12•3 FONCTIONNEMENT DES MONTANTS EXPRIMÉS EN EUROS HORS ÉQUIPEMENT OPTIQUE

Les montants exprimés en euros sont alloués par année d'adhésion (c'est-à-dire par période de 12 mois successifs, à partir de la date d'effet de la garantie) et par bénéficiaire.

12•4 FONCTIONNEMENT DES PRESTATIONS DE L'ÉQUIPEMENT OPTIQUE

12•4•1 Fonctionnement des prestations de l'équipement lunettes (monture + verres)

Les prestations sont allouées conformément à la législation en vigueur du contrat responsable et par période de deux ans. Ce délai commence à courir à compter de la date de prise d'effet de l'affiliation des assurés (date de prise d'effet des garanties indiquée au certificat d'affiliation).

Toutefois, pour les mineurs ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue, les prestations s'appliquent par période annuelle.

Les montants en euros des forfaits optiques du descriptif de prestations incluent 100 % du ticket modérateur.

12•4•2 Fonctionnement des prestations lentilles

Les montants exprimés en euros sont alloués par année d'adhésion (c'est-à-dire par période de 12 mois successifs, à partir de la date d'effet de l'affiliation des assurés). Les montants en euros des forfaits lentilles du descriptif de prestations incluent le cas échéant 100 % du ticket modérateur.

Lorsqu'au cours d'une année d'adhésion, le montant du forfait lentilles est épuisé, le remboursement a lieu à hauteur du ticket modérateur, sous réserve de l'intervention du régime de base.

12•5 DENTAIRE

Si la garantie prévoit un plafond dentaire, une fois celui-ci atteint, le remboursement est limité :

- à 125 % de la BRSS pour les prothèses dentaires et les soins d'orthopédie dento-faciale (remboursement du régime de base inclus) ;
- au ticket modérateur, dans les autres cas.

12•6 PHARMACIE

La liste des médicaments et leur taux de prise en charge par la Sécurité sociale est disponible sur le site medicaments.gouv.fr

12•7 CURES THERMALES

Lorsque le descriptif de prestations prévoit le remboursement de cures thermales, seules celles médicalement prescrites et prises en charge par le régime de base sont remboursées (sauf mention contraire au descriptif de prestations).

12•8 ACTES DE MÉDECINE DOUCE

Lorsque le descriptif de prestations prévoit le remboursement d'actes de médecine douce, les actes non pris en charge par le régime de base, sont remboursés dans les limites prévues au descriptif de prestations.

Ces actes doivent avoir été réalisés par des praticiens pouvant justifier d'un diplôme d'état ou universitaire, d'une formation certifiée par l'École de la spécialité ou d'une certification par la fédération française de la discipline.

12•9 LIMITES DE GARANTIES

12•9•1 Prestations non prises en charge

Ne sont pas pris en charge les frais qui sont la conséquence de :

- la guerre civile et étrangère ;
- la désintégration du noyau atomique ;
- les faits volontaires du bénéficiaire des prestations, y compris la mutilation volontaire et la tentative de suicide ;
- l'usage de stupéfiants non ordonnés médicalement.

De plus, ne sont pas pris en charge :

- les frais relatifs aux soins effectués antérieurement à la date d'adhésion ou postérieurement à la date de cessation des garanties ;
- les séjours et frais relatifs aux établissements et services sociaux, médico-sociaux, médico-pédagogiques ; aux établissements ou unités de longs séjours ; aux établissements ou unités pour personnes âgées ;
- la chirurgie esthétique et les actes esthétiques non pris en charge par le régime de base ;
- les actes cotés hors nomenclature sauf mention contraire prévue dans le descriptif des prestations.

12•9•2 Interdiction de prise en charge

Les garanties sont responsables et ne couvrent pas, conformément à l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale et ses textes d'application :

- la participation forfaitaire instaurée par l'article L. 322-2-II du Code de la Sécurité sociale et la franchise médicale instaurée par l'article L. 322-2-III du Code de la Sécurité sociale ;
- les pénalités résultant du non-respect du parcours de soins :
 - la majoration du ticket modérateur mentionnée à l'article L. 162-5-3 du Code de la Sécurité sociale,
 - les dépassements d'honoraires sur les actes cliniques et techniques pris en application du 18° de l'article L. 162-5 du Code de la Sécurité sociale, à hauteur au moins du dépassement autorisé sur les actes cliniques ;
- tout autre acte, prestation, majoration, franchise ou dépassement d'honoraire dont la prise en charge serait exclue par l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale et ses textes d'application.

Toutefois, en tout état de cause, aucune exclusion ne peut être opposée à la prise en charge des frais pour lesquels des obligations minimales de couverture sont fixées dans les conditions prévues aux articles R. 871-1 et R. 871-2 du Code de la Sécurité sociale.

12•10 LIMITE DES PRESTATIONS

Si le risque couvert par le contrat fait ou vient à faire l'objet d'autres assurances, le participant ou ses ayants droits doivent en faire la déclaration à l'organisme assureur lors de l'affiliation et pendant la durée de celle-ci. Conformément à l'article 9 alinéa 1 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 et à l'article 2 alinéa 1 du décret n° 90-769 du 30 août 1990, les remboursements ou indemnités des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge de l'assuré ou de l'adhérent après les remboursements de toute nature auxquels il a droit et avant prise en charge instaurée par l'article L. 861-3 du Code de la Sécurité sociale. Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit sa date de souscription. Dans cette limite, le bénéficiaire du contrat ou de la convention peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix.

13•TERRITORIALITÉ DES GARANTIES

Les garanties sont accordées en France métropolitaine (**hors Monaco**), dans les DROM (Martinique, Guadeloupe, Réunion, Guyane, **hors Mayotte**) et dans le monde entier lors de séjours n'excédant pas deux mois par an. L'indemnisation des soins effectués à l'étranger est subordonnée à la prise en charge et à la déclaration au régime de base en France (**hors Caisse des Français à l'étranger**). Le niveau des remboursements est défini, le cas échéant, dans le poste "Soins et prestations inopinées à l'étranger" du descriptif des prestations. Les règlements sont effectués en France et en Euros.

14•MODALITÉS DE REMBOURSEMENT

14•1 TÉLÉTRANSMISSION

Alptis Assurances pratique la télétransmission informatique des décomptes de prestations du régime de base. Ceci permet d'éviter l'envoi des décomptes papiers (sous réserve de la présence sur le décompte de la mention "copie transmise pour information à votre organisme complémentaire"). Cette liaison est réalisée à réception des attestations délivrées avec la carte Vitale de tous les assurés sociaux inscrits.

Les assurés sociaux pour lesquels la télétransmission n'est pas opérationnelle doivent envoyer à Alptis Assurances les décomptes originaux des prestations délivrés par le régime de base pour obtenir le règlement des prestations.

En outre, pour obtenir le règlement des prestations des montants exprimés en euros, l'assuré doit envoyer à Alptis Assurances les notes d'honoraires ou factures acquittées justifiant les dépenses réelles et les prescriptions médicales.

Dans tous les cas, l'organisme assureur peut subordonner le service des prestations à la communication préalable par l'assuré d'informations ou justificatifs complémentaires. Le refus de communiquer les éléments demandés peut entraîner la perte de tous droits aux prestations. La date des soins prise en compte est celle retenue par le régime de base sur le décompte.

14•2 TIERS PAYANT

Le tiers payant permet aux bénéficiaires des prestations d'éviter l'avance de la partie des dépenses de santé dans la limite de la base de remboursement de la Sécurité sociale. Cette dispense résulte d'accords conclus par les établissements, les praticiens et les organismes sociaux en application de l'article L. 322-1 du Code de la Sécurité sociale.

Le tiers payant hospitalisation est plafonné à 400 % de la BRSS. Au-delà, l'éventuel complément du remboursement est versé au participant sur présentation de la facture acquittée de l'établissement hospitalier et du décompte du régime de base.

Le tiers payant est disponible dans tous les départements, selon les accords passés avec les praticiens et pour les prestations "Optique, Dentaire, Ostéopathie, Audioprothèse et Hospitalisation" dans la limite du contrat souscrit.

14•3 PRISE EN CHARGE EN CAS D'HOSPITALISATION

En cas d'hospitalisation dans toute la France métropolitaine (**hors Monaco**) et dans les DROM (Martinique, Guadeloupe, Réunion, Guyane, Saint-Barthélemy et Saint-Martin pour le territoire français) dans un établissement conventionné (cliniques, hôpitaux publics et privés) pratiquant le tiers payant avec les Caisses de Sécurité sociale, Alptis Assurances assure pour le compte de l'organisme assureur la délivrance de prises en charge des frais engagés par le participant.

15•DISPOSITIONS DIVERSES

15•1 AUTORITÉ CHARGÉE DU CONTRÔLE

L'autorité chargée du contrôle du (des) organisme(s) assureur(s) et d'Alptis Assurances est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) - 61, rue Taitbout - 75436 PARIS CEDEX 09.

15•2 LOI INFORMATIQUE ET LIBERTÉS

Loi 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée

Les informations recueillies par Alptis Assurances sont nécessaires à l'appréciation de la demande d'adhésion et des demandes d'affiliation et font l'objet d'un traitement informatique pour les besoins de la gestion de votre adhésion au contrat. Ces informations peuvent également être utilisées aux fins d'études statistiques, de prévention de la fraude ou d'obligations légales et à des fins commerciales. Certaines de ces données seront transmises à l'association souscriptrice, à l'organisme assureur et à nos partenaires appelés à connaître de l'adhésion en raison de sa gestion. Alptis Assurances prend toutes les précautions propres à assurer la sécurité et la confidentialité de vos données personnelles.

Conformément à la loi "Informatique et libertés" du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent ; vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant. Vous pouvez exercer ces droits en vous adressant à : Alptis Assurances - 25 cours Albert Thomas - 69445 LYON CEDEX 03 ou contact-cnif@alptis.fr. Alptis Assurances se chargera de diffuser ces éventuelles modifications aux autres destinataires.

15•3 EXAMEN DES RÉCLAMATIONS - MÉDIATION

En cas de difficulté dans l'application du contrat, l'adhérent et/ou le participant peuvent formuler leur réclamation au Service Client d'Alptis Assurances - 25 cours Albert Thomas - 69003 LYON ou à l'adresse suivante : serviceclient@alptis.fr en précisant son numéro d'adhérent et/ou de participant. Alptis Assurances en accusera réception dans un délai de 10 jours ouvrables (sauf si elle a pu lui apporter une réponse avant) et traitera la réclamation dans un délai maximum de 2 mois après réception, sauf circonstances exceptionnelles qui lui seraient alors exposées.

Si la réponse apportée ne convient pas, l'adhérent et/ou le participant peuvent adresser une nouvelle réclamation auprès de l'organisme assureur qui communiquera, si la position est maintenue, les coordonnées d'un médiateur indépendant.

15•4 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 ou du Code des assurances selon l'organisme assureur.

Pour les organismes assureurs relevant du Code de la mutualité

Article L. 221-11 du Code de la mutualité :

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 (...).

Article L. 221-12 du Code de la mutualité :

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 avis 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.

Pour les organismes assureurs relevant du Code des assurances

Article L. 114-1 du Code des assurances :

Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

1° En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'Assureur en a eu connaissance ;

2° En cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand l'action de l'Assuré contre l'Assureur a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'Assuré ou a été indemnisé par ce dernier (...).

Article L.114-2 du Code des assurances :

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription* et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre.

L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec avis 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.

***Causes ordinaires d'interruption de la prescription communes aux organismes relevant du code des assurances ou du code de la mutualité.**

"En application de ces dispositions, constituent des causes ordinaires d'interruption de la prescription :

- la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait en l'espèce, par exemple, la reconnaissance de l'organisme assureur du droit de la garantie contestée (article 2240 du Code civil) ;
- l'exercice d'une action en justice, même en référé, y compris lorsque l'action est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé ;
- une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution à un acte d'exécution forcée [commandement de payer, saisie... (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.
À noter que l'interpellation faite à l'un des héritiers d'un débiteur solidaire ou la reconnaissance de cet héritier, n'interrompt le délai de prescription que pour la part de cet héritier (article 2245 du Code civil) ;
- l'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance pour les cas de prescription applicables aux cautions (article 2246 du Code civil)."

15•5 SANCTIONS POUR FAUSSE DÉCLARATION

Les déclarations de l'adhérent et des participants servent de base à l'adhésion de l'entreprise et à l'affiliation des salariés. En cas de réticence, omission ou déclaration fautive ou inexacte, faite lors de l'adhésion, de l'affiliation des participants ou de la déclaration de sinistre, les dispositions des articles L. 113-8, L. 113-9 du Code des assurances ou L. 221-14, L. 221-15, du Code de la mutualité seront appliquées selon l'organisme assureur à l'ensemble du contrat d'adhésion souscrit par l'adhérent.

Article L. 113-8 du Code des assurances :

Indépendamment des causes ordinaires de nullité, et sous réserve des dispositions de l'article L. 132-26, le contrat d'assurance est nul en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de l'assuré, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour l'assureur, alors même que le risque omis ou dénaturé par l'assuré a été sans influence sur le sinistre. Les primes payées demeurent alors acquises à l'assureur, qui a droit au paiement de toutes les primes échues à titre de dommages et intérêts. Les dispositions du second alinéa du présent article ne sont pas applicables aux assurances sur la vie.

Article L.113-9 du Code des assurances :

L'omission ou la déclaration inexacte de la part de l'assuré dont la mauvaise foi n'est pas établie n'entraîne pas la nullité de l'assurance. Si elle est constatée avant tout sinistre, l'assureur a le droit soit de maintenir le contrat, moyennant une augmentation de prime acceptée par l'assuré, soit de résilier le contrat dix jours après notification adressée à l'assuré par lettre recommandée, en restituant la portion de la prime payée pour le temps où l'assurance ne court plus. Dans le cas où la constatation n'a lieu qu'après un sinistre, l'indemnité est réduite en proportion du taux des primes payées par rapport au taux des primes qui auraient été dues, si les risques avaient été complètement et exactement déclarés.

Article L. 221-14 du Code de la mutualité :

Indépendamment des causes ordinaires de nullité, la garantie accordée au membre participant par la mutuelle ou par l'union est nulle en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de celui-ci, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour la mutuelle ou l'union, alors même que le risque omis ou dénaturé par le membre participant a été sans influence sur la réalisation du risque. Les cotisations acquittées demeurent alors acquises à la mutuelle ou à l'union qui a droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts.

Article L. 221-15 du Code de la mutualité :

Pour les opérations individuelles et collectives facultatives, l'omission ou la déclaration inexacte de la part du membre participant dont la mauvaise foi n'est pas établie n'entraîne pas la nullité de la garantie prévue au bulletin d'adhésion ou au contrat collectif. Si elle est constatée avant toute réalisation du risque, la mutuelle ou l'union a le droit de maintenir l'adhésion dans le cadre des règlements ou le contrat collectif moyennant une augmentation de cotisation acceptée par le membre participant ; à défaut d'accord de celui-ci, le bulletin d'adhésion ou le contrat prend fin dix jours après notification adressée au membre participant par lettre recommandée. La mutuelle ou l'union restitue à celui-ci la portion de cotisation payée pour le temps où la garantie ne court plus. Dans le cas où la constatation n'a lieu qu'après la réalisation du risque, la prestation est réduite en proportion du taux des cotisations payées par le membre participant par rapport au taux des cotisations qui auraient été dues, si les risques avaient été complètement et exactement déclarés. Un décret en Conseil d'Etat fixe les conditions d'application du précédent alinéa.

15•6 SUBROGATION

Pour le paiement des prestations à caractère indemnitaire, l'organisme assureur est subrogé jusqu'à concurrence des prestations payées par lui, dans les droits et actions de l'assuré contre toute personne responsable d'une atteinte à sa personne entraînant le versement de prestations à caractère indemnitaire garanties en assurance, conformément aux dispositions du Code des assurances, du Code de la mutualité, selon la nature de l'organisme assureur. Les prestations, revêtant un caractère indemnitaire, constituent une avance sur recours que l'organisme assureur peut récupérer, au titre de son recours subrogatoire, sur le montant de l'indemnité pouvant être versée au bénéficiaire par toute personne tenue à réparation ou son assureur. L'organisme assureur renonce à toute action récursoire contre l'adhérent.