

Contrat Verspieren Complémentaire Santé

Notice d'information - 10/2009

Contrat collectif d'assurance à adhésion facultative

Notice d'Information valant conditions générales Réf. CSA 01/ 2006 des contrats Santé n° 2041 et 2042

Votre adhésion est régie par le Code des assurances français et les dispositions qui suivent.

Article 1 - Objet de l'assurance

Les contrats groupe n°2041 et n°2042 sont souscrits par l'Association pour un Comportement Santé Responsable, au profit de ses bénéficiaires auprès de la CAMEIC.

Ils garantissent le remboursement de tout ou partie des dépenses médicales et chirurgicales consécutives à un accident ou une maladie, sous réserve des exclusions figurant à l'article 6 ci-après, dans la limite des montants indiqués au tableau des garanties inscrit au Certificat d'Adhésion.

Le contrat VERSPIEREN COMPLÉMENTAIRE SANTÉ respecte l'ensemble des dispositions du cahier des charges du contrat dit "Responsable", dont notamment, le remboursement de certains actes de prévention, les minima de prise en charge de certains actes et produits et la non prise en charge de la majoration du ticket modérateur appliquée par le RO dans certaines situations, du dépassement d'honoraires en cas de non-respect du parcours de soins, de la participation forfaitaire, ainsi que des franchises instituées.

En cas d'évolutions législatives ou réglementaires touchant « les contrats responsables », il pourra faire l'objet de modifications pour rester en conformité avec ce cadre juridique. Les assurés en seront informés préalablement.

L'adhérent sous statut TNS souhaitant bénéficier de la possibilité de déductibilité fiscale des cotisations de leur régime complémentaire santé adhèrera à l'Association ARPTNS (Association de Retraite et de Prévoyance des travailleurs non salariés). Cet adhérent s'engage alors à être à jour, pendant toute la durée de son adhésion, de ses cotisations auprès des régimes obligatoires de base.

Les relations précontractuelles et contractuelles sont régies par le droit français et notamment le Code des Assurances. La langue française sera utilisée pendant toute la durée du contrat.

Article 2 - Bénéficiaires

Bénéficiaires des garanties des présents contrats :
- L'Adhérent et la ou les personnes désignées au Certificat d'Adhésion en qualité d'Assuré(s).
Les enfants doivent être fiscalement à charge de l'Adhérent, de son conjoint ou de son concubin s'il est bénéficiaire, jusqu'à leur 21e anniversaire ou jusqu'à leur 26e anniversaire s'ils poursuivent des études et sont inscrits au régime de la Sécurité Sociale des étudiants, ou s'ils sont en contrat d'apprentissage. La garantie cesse à l'échéance principale suivant leur anniversaire.

Article 3 - Vos déclarations

Les assurés, personnes physiques, doivent remplir les conditions suivantes :

a) À l'adhésion, chaque personne qui désire s'assurer procède à certaines déclarations qui lui sont demandées et reprises sur son Certificat d'Adhésion. Ces déclarations permettent à l'Assureur d'évaluer correctement son engagement d'assurance et de percevoir une prime adaptée au risque garanti. Les garanties doivent par ailleurs être souscrites avant le 81e anniversaire de l'Assuré pour la formule Essentielle et avant le 71e anniversaire pour les formules Médiane et Optimale et le renfort (21e anniversaire pour les enfants de l'Adhérent ou 26e anniversaire s'ils poursuivent des études et sont inscrits au régime de la Sécurité Sociale des étudiants ou s'ils sont en contrat d'apprentissage).
b) En cours d'adhésion, l'Adhérent doit déclarer à l'Assureur dans les 15 jours :

- toute modification des éléments spécifiés au Certificat d'Adhésion,

- les changements ou cessation d'affiliation d'un des assurés à un régime obligatoire,
- les changements de domicile ou la fixation du domicile en dehors de la France Métropolitaine,
- et, chaque nouvel Assuré doit procéder aux déclarations prévues à l'adhésion.

MODIFICATION DE RISQUE EN COURS D'ADHÉSION
Si les éléments modifiés constituent une aggravation de risque, l'Assureur peut, soit dénoncer l'adhésion sous préavis de 10 jours, soit proposer une nouvelle prime qui, si elle est refusée, entraînera la résiliation de l'adhésion par lettre recommandée moyennant préavis de 10 jours. Si les éléments modifiés constituent une diminution de risque, l'Assureur peut diminuer la prime en conséquence. À défaut, l'Adhérent peut résilier l'adhésion moyennant un préavis de 30 jours. **Toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle, toute omission ou déclaration inexacte, entraîne l'application, suivant les cas, des articles L.113-8 (nullité de l'adhésion) et L.113-9 (réduction des indemnités) du Code des assurances.**

Article 4 - Formation et durée d'adhésion

4.1 Date d'effet de l'adhésion

Toutes les garanties prennent effet pour chaque Assuré, sous réserves de l'encaissement effectif de la première prime, de la signature de la demande d'Adhésion, à compter de la date d'effet mentionnée sur la demande d'Adhésion et reprise dans le Certificat d'Adhésion.

Il en est de même pour les avenants. La souscription du renfort est familiale. Ce renfort peut être choisi à la souscription, en plus de la formule principale ou rajouté ultérieurement à chaque échéance anniversaire, moyennant un préavis de 2 mois.

4.2 Durée de l'adhésion et des garanties

L'adhésion est conclue pour une durée annuelle, renouvelable par tacite reconduction, à la date anniversaire de la date d'effet, sauf résiliation, par l'une ou l'autre des parties, dans les cas et selon les modalités fixées à l'article 10 ci-après. À l'exception des garanties cessant au 65e anniversaire de l'Assuré et des cas visés aux articles L. 141-3, L. 113-9 et L. 326-12 du Code des Assurances, l'adhésion est viagère dès sa date de prise d'effet.

Article 5 - Description des garanties

Les contrats garantissent le remboursement des dépenses de santé médicalement prescrites et engagées entre les dates d'effet et de fin de la garantie, à la suite d'un accident, d'une maladie ou d'une maternité.

Les prestations sont calculées et remboursées suivant les modalités prévues par le calcul des prestations de la Sécurité Sociale française : Base de Remboursement (BR) et Tarif de Convention (TC).

La Base de Remboursement et le Tarif de Convention de la Sécurité Sociale française auxquels nous nous référons pour le calcul des prestations sont ceux en vigueur à la date des soins. Pour le renfort, les prestations sont exprimées pour chaque bénéficiaire sous forme de montant maximum. L'indemnisation de l'Assureur ne peut pas excéder le montant des frais réels et, s'exerce, en fonction des garanties choisies à concurrence des montants indiqués au tableau inscrit au Certificat d'Adhésion.

5.1 Garantie des séjours en psychiatrie, sanatorium, préventorium, aérium, centre diététique

ou médico-diététique, centre de rééducation ou de réadaptation fonctionnelle, maison de repos ou de convalescence, maison d'enfants à caractère sanitaire, institut médico-pédagogique et médico-psychopédagogique : l'Assureur intervient sur la base du forfait journalier et de 100 % du tarif de convention (sous déduction du remboursement du Régime Obligatoire), à l'exclusion du remboursement de la chambre particulière et de tous autres frais. Par année d'adhésion et par Assuré, l'intervention est limitée à 30 jours pour la psychiatrie et à un maximum global de 30 jours pour tous les autres séjours.

5.2 Garantie des consultations de neuropsychiatres, psychiatres et médecins assimilés : elles sont prises en charge dans la limite de 3 consultations par an et par bénéficiaire. Ces prestations excluent le remboursement de tous autres frais liés au traitement des maladies psychiatriques et des dépressions nerveuses, y compris la psychothérapie ou psychanalyse.

5.3 Garantie de la maternité : des prestations spécifiques peuvent couvrir les consultations, visites et soins de maternité, les actes médicaux liés à l'accouchement, la chambre particulière et prévoir le versement d'une prime de naissance ou d'adoption à la mère assurée, à condition que l'enfant soit désigné « bénéficiaire » au contrat dans les 90 jours suivant sa naissance ou son adoption. La prime est versée une seule fois en cas de naissance ou d'adoption multiple.

Ces prestations excluent le remboursement de tous autres frais, sauf en cas de grossesse ou d'accouchement pathologique où les garanties en cas de maladie sont acquises de plein droit.

5.4 Garantie des cures thermales : elle donne lieu au versement d'un forfait excluant le remboursement de tous autres frais.

5.5 Garantie des frais de médecine naturelle non pris en charge par le Régime Obligatoire : les contrats peuvent garantir des actes de médecines naturelles non pris en charge par le Régime Obligatoire. Le montant des remboursements peut alors être limité à un nombre maximum d'actes par année d'adhésion et à un montant maximum par acte.

5.6 Garantie prévention : les contrats garantissent, dans la limite d'un plafond annuel, le remboursement de tout ou partie des frais de prévention pour les actes ou prescriptions faisant partie de la liste indiquée dans le tableau de vos garanties.

Article 6 - Les exclusions

6.1 Générales

Ne donnent pas lieu à indemnisation, les frais engendrés par des soins commencés ou prescrits avant l'adhésion, ainsi que les accidents ou maladies et leurs suites qui résultent :

- de la pratique par l'Assuré de tout sport à titre professionnel ou de sa participation à des paris ou tentatives de record ;
- de l'ivresse, de l'éthylisme ou de la toxicomanie d'un Assuré ;
- d'un acte intentionnel de la part de l'Assuré ou de sa tentative de suicide consciente ou inconsciente ;
- de la guerre étrangère ou guerre civile, de la participation de l'Assuré à des opérations militaires, à des altercations ou des rixes (sauf cas de légitime défense) ;
- des effets directs ou indirects d'origine nucléaire ou causés par toute source de rayonnements ionisants (sauf s'il s'agit d'un dysfonctionnement ou d'une erreur de manipulation d'un instrument au cours d'un traitement auquel l'assuré est soumis à la suite d'un événement garanti).

6.2 Relatives à la nature de l'établissement ou du service

L'Assureur ne garantit pas les frais engagés pour le séjour dans les établissements ou services suivants :
- hélimarins ou de thalassothérapie ;
- de gériatrie, de retraite ainsi que les séjours dans les hospices de vieillards ou les centres hospitaliers pour personnes âgées dépendantes.

6.3 Relatives aux hospitalisations et traitements suivants

L'Assureur ne garantit pas :

- les frais de traitement et d'intervention chirurgicale à caractère esthétique non consécutifs à un accident ; le caractère esthétique est établi par le Médecin-conseil de la Compagnie indépendamment de tout accord ou refus de prise en charge du régime obligatoire de l'Assuré ;
- tous frais non consécutifs à un accident, facturés par un praticien spécialisé en chirurgie plastique ;
- les cures de sommeil, amaigrissement, rajeunissement, désintoxication, ainsi que leurs suites ;
- les interventions ayant pour but de remédier à des maladies ou infirmités congénitales, ainsi que leurs suites, sauf pour les nouveau-nés sous réserve que l'enfant ait été déclaré à l'Assureur dans les 30 jours suivant sa naissance. Toutefois en cas de survenance d'un des événements mentionnés ci-dessus la garantie prendra en charge le remboursement des frais prévus à l'article R871-2 du Code de la Sécurité Sociale à hauteur des limites minimales qui y sont précisées. Toutefois en cas de survenance d'un des événements mentionnés aux articles 6.1 à 6.3 et 5,3, la garantie prendra en charge le remboursement des frais prévus à l'article R871-2 du Code de la Sécurité Sociale à hauteur des limites minimales qui y sont précisées

EN AUCUN CAS LE VERSEMENT DE PRESTATIONS, MÊME EFFECTUE A PLUSIEURS REPRISES, NE SAURAIT CONSTITUER UNE RENONCIATION DE L'ASSUREUR A L'UNE DES EXCLUSIONS DE GARANTIES PRÉVUES AU CONTRAT.

Article 7 - Paiement des primes

L'Adhérent doit payer chaque prime à son échéance au Siège Social de l'Assureur ou de VERSPIEREN. La prime, les accessoires et tous impôts, contributions et taxes sont payables d'avance. Seront également à la charge de l'Adhérent tous impôts et taxes qui pourront être établis sur la prime postérieurement à l'adhésion. Sont également à la charge de l'Adhérent, les frais de poursuite et de recouvrement, dont la récupération est autorisée par la loi (art. L.113-3 du Code des Assurances).

De plus, si l'Adhérent a opté pour le prélèvement des primes, il est entendu que ce prélèvement cessera dès qu'une prime ou une fraction de prime restera impayée. À défaut de paiement de la première prime ou d'une prime suivante (ou d'une fraction de prime) dans les dix jours de son échéance, l'Assureur, indépendamment de son droit de poursuivre l'exécution de l'adhésion en justice peut, par lettre recommandée valant mise en demeure, adressée à l'Adhérent à son dernier domicile connu, suspendre la garantie trente jours après l'envoi de cette lettre.

La suspension de garantie entraîne, pour chaque bénéficiaire, la perte de tout droit aux prestations se rapportant à des accidents ou des maladies survenues pendant la période de suspension.

L'Assureur a le droit de résilier l'adhésion dix jours après l'expiration du délai de trente jours visé ci-dessus ; la notification de la résiliation par l'Assureur peut être faite à l'Adhérent, soit dans la lettre recommandée de mise en demeure, soit par une nouvelle lettre recommandée.

Les coûts d'établissement et d'envoi des mises en demeure sont à la charge de l'Adhérent.

Article 8 - Évolution des primes

La prime indiquée au Certificat d'Adhésion est établie selon les déclarations de l'assuré à l'adhésion. Elle peut varier dans 2 cas :

8.1 Ajustement du tarif

Les primes varient à chaque échéance principale en fonction de l'indice national de la Consommation Médicale Totale. Elles peuvent également varier en fonction de l'évolution de la consommation du groupe assuré, composé des assurés

ayant le même profil (profil repris dans votre Certificat d'Adhésion).

8.2 Révision du tarif

Pour des raisons de caractère technique liées à l'évolution des risques en général, l'Assureur peut être amené à modifier son tarif. Cette mesure pourra notamment intervenir si la participation à la charge de l'Assuré venait à être augmentée par une réglementation ultérieure du Régime Obligatoire. La révision de la prime pourra s'effectuer à compter de l'échéance qui suit cette modification.

En cas de majoration de la prime hors taxe, l'Adhérent aura alors le droit de résilier l'adhésion, par l'un des moyens indiqués à l'article 10 ci-après, dans les 15 jours qui suivent celui où il aura eu connaissance de la majoration. La résiliation prendra effet un mois après la notification de l'Adhérent et la Compagnie aura droit à la fraction de prime calculée sur les anciennes bases, au prorata du temps écoulé entre la date de la dernière échéance et la date d'effet de la résiliation.

À défaut de cette résiliation, la nouvelle prime sera considérée comme acceptée par l'Adhérent.

Article 9 - Sinistres

9.1 Justification des dépenses

Pour obtenir le versement de ses prestations, l'Assuré doit adresser à l'Assureur (VERSPIEREN TSA 80786 92894 Nanterre CEDEX 09), dans les 3 mois qui suivent la date des décomptes du Régime Obligatoire :

1. Les originaux des décomptes du Régime Obligatoire.
2. Une copie de la feuille de soins pour la garantie médecine naturelle.
3. L'original de la facture pour l'optique ainsi que la copie de la prescription médicale, les prothèses dentaires et l'orthodontie acceptées et refusées et les actes hors nomenclature de la Sécurité Sociale.
4. Les décomptes établis par d'autres organismes de prévoyance.
5. Une copie de la prescription médicale et de la feuille de soins pour les actes compris dans le forfait prévention (hors substituts nicotiques).
6. L'original de la facture pour le forfait cures thermales, les substituts nicotiques et la consultation pharmaceutique.
7. Un bulletin de naissance ou une copie certifiée conforme du livret de famille au nom de l'enfant (ou copie du jugement d'adoption) pour la prime de naissance.
8. Un acte de mariage ou une copie certifiée conforme du livret de famille pour la prime de mariage.
9. Un bulletin de décès, un certificat post mortem, une copie certifiée conforme du livret de famille et un certificat d'hérédité, ou un acte notarié pour la garantie des frais d'obsèques ou à défaut un certificat de porte-fort.
10. Tous documents susceptibles de déterminer la nature et le montant des frais réellement engagés.
11. Tout élément permettant de déterminer, selon le cas, le service qui a prodigué les soins à l'Assuré ou le service dans lequel l'Assuré a effectué son séjour.

Télétransmission :

L'Assuré bénéficiant de la télétransmission de ses décomptes de remboursements ne devra envoyer que les justificatifs complémentaires, au moment où ils lui seront réclamés. En cas de rejet de la télétransmission l'Assuré sera amené à nous soumettre un original ou un duplicata de son décompte. Seuls les décomptes pour lesquels un remboursement n'a pas été traité automatiquement devront être envoyés.

Si l'Assuré ne souhaite pas bénéficier des Échanges de Données Informatiques avec sa Caisse Primaire d'Assurance Maladie, il peut faire connaître son refus à tout moment en écrivant à : VERSPIEREN TSA 80786 92894 Nanterre CEDEX 09.

12. En cas de non utilisation de la carte de tiers payant, les factures de pharmacie, laboratoire, radiologie, kinésithérapie ou soins externes mentionnant la date des soins, les frais réels et le montant pris en charge par le régime obligatoire.

9.2 Paiement des remboursements de frais et des indemnités

Le paiement des indemnités dues au titre des présents contrats est effectué dans les 15 jours à partir de la réception des documents justificatifs, après accord des parties. Les paiements à l'Assuré sont effectués en France et dans la monnaie légale de l'état français.

9.3 Contrôle des dépenses, Contrôle médical

L'Assureur peut demander à l'Assuré, 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'Assuré peut les adresser sous pli confidentiel au Médecin-conseil de l'Assureur.

L'Assureur peut décider de faire examiner l'Assuré par un médecin de son choix. L'Assuré s'engage, à se soumettre à cet examen, sous peine d'être déchu du droit aux indemnités pour l'accident ou la maladie en cause.

9.4 Arbitrage

En cas de désaccord d'ordre médical, entre l'Assuré et l'Assureur, le différend sera soumis à une procédure d'arbitrage amiable. Chacune des parties désignera un médecin. Si les médecins ne sont pas d'accord, ils choisiront un 3^e médecin chargé de les départager. En cas de difficulté sur ce choix la désignation sera faite par le Président du Tribunal de Grande Instance du domicile de l'Assuré, à la requête de la partie la plus diligente. Chaque partie paiera les frais et honoraires de son médecin, et s'il y a lieu, la moitié des frais et honoraires du 3^e médecin et des frais de sa nomination.

9.5 Subrogation

En cas de sinistre provoqué par un tiers responsable, l'Assureur exercera son recours, conformément à l'article L.131-2 du Code des Assurances, à concurrence des indemnités relatives aux frais de soins versées à l'Assuré.

Article 10 - Cessation des garanties

Certaines garanties peuvent cesser en fonction de l'âge de l'assuré. Elles sont mentionnées dans le tableau inscrit dans votre Certificat d'Adhésion. Toutes les garanties cessent à la date d'effet de la résiliation de l'adhésion ou du contrat.

10.1 Résiliation de l'adhésion

À l'initiative de l'Adhérent :

- a) À chaque échéance annuelle de l'adhésion selon les dispositions de l'Article 4, moyennant un préavis de 2 mois.
- b) En cas d'augmentation de la prime résultant d'une révision du tarif dans les conditions prévues par l'article 8.2.
- c) En cas de changement de Régime Obligatoire ou de domicile si les garanties en relation avec la situation antérieure ne correspondent plus à la situation nouvelle de l'Adhérent. La demande de résiliation doit intervenir dans les 3 mois suivant la date de l'événement et prend effet un mois après sa notification à l'assureur par lettre recommandée.
- d) En cas d'exercice de votre droit à renonciation dans le cadre et dans les conditions prévues par les articles L 112-9 du Code des Assurances et les articles L112-2-1 et L 121.20-8 et suivants du Code de la Consommation.

La notification doit être adressée par lettre recommandée avec accusé de réception au siège de l'Assureur ou de VERSPIEREN

À l'initiative de l'Assureur :

- a) En cas d'aggravation du risque dans les conditions prévues à l'article 3.
- b) En cas de non-paiement de la prime (art. L.113-3 du Code des Assurances). L'Assureur a alors droit à une indemnité de résiliation égale à la portion de prime afférente à la période postérieure à la résiliation.
- c) En cas d'omission ou d'inexactitude dans la déclaration du risque lors de l'adhésion ou en cours d'adhésion (art. L.113-9 du Code des assurances).

La notification à l'Assuré est faite par lettre recommandée adressée au dernier domicile connu de l'Adhérent. La date d'envoi constitue le point de départ du préavis.

Elle intervient de plein droit :

- a) En cas de fixation de domicile hors France métropolitaine ; l'Adhérent devant en informer l'Assureur par lettre recommandée avec accusé de

réception adressée dans les trois mois qui suivent la date d'installation et la résiliation prenant effet un mois après sa notification à l'Assureur.

b) En cas de décès de l'Adhèrent. S'il n'est pas seul assuré, l'adhésion continue de produire ses effets à l'égard des autres Assurés, à charge pour eux d'exécuter les obligations dont était tenu l'Adhèrent, jusqu'à l'échéance principale suivante. À cette date, une nouvelle adhésion leur sera proposée.

Tiers-payant :

En cas de suspension ou de résiliation de l'adhésion, l'Adhèrent s'engage à restituer immédiatement la carte Tiers-payant à l'Assureur. Il s'engage également à rembourser à l'Assureur les prestations indûment réglées aux praticiens postérieurement à cette suspension ou cette résiliation.

10.2 Résiliation des contrats :

a) La résiliation de chaque contrat groupe souscrit au profit de l'ensemble du groupe mentionné au Certificat d'Adhésion peut être demandée par l'Association Pour Un Comportement Santé Responsable ou par l'Assureur à l'échéance annuelle du contrat fixée au 31/12.

b) Elle intervient également de plein droit en cas de retrait d'agrément de l'Assureur (art. L.326.12 du Code des Assurances).

Article 11 - Territorialité

La garantie de la présente adhésion s'exerce en France Métropolitaine. Elle s'étend aux accidents survenus et aux maladies contractées à l'Étranger, lorsque le Régime Obligatoire d'Assurance Maladie du bénéficiaire s'applique mais, le règlement est effectué en France et en Euros.

Article 12 - Prescription

Toute action dérivant des contrats est prescrite pour deux ans, à compter de l'événement qui y donne naissance, dans les conditions déterminées aux articles L.114-1 et 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 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 13 - Médiation

En cas de difficultés dans l'application des présents contrats, l'Adhèrent ou l'Assuré consultera d'abord son interlocuteur habituel qui s'engage à traiter la réclamation le plus rapidement et le plus objectivement possible.

Si la réponse ne le satisfait pas, l'Adhèrent ou l'Assuré pourra demander l'avis du médiateur en écrivant à l'adresse suivante : Médiateur de la FFSA - BP 290 - 75425 PARIS CEDEX 09.

Article 14 - Informatique et liberté

Les assurés sont protégés par la Loi Informatique et Liberté du 6 janvier 1978. Le responsable du traitement des données personnelles est VERSPIEREN auprès duquel les Assurés peuvent demander communication et rectification de toute information les concernant qui figurerait sur le fichier à l'usage de l'Assureur, du gestionnaire et de ses correspondants. Ce droit d'accès et de rectification peut être exercé à l'adresse suivante : VERSPIEREN TSA 80786 92894 Nanterre CEDEX 09. Les données personnelles recueillies seront exclusivement utilisées pour le suivi de votre dossier par VERSPIEREN, destinataire, avec l'Assureur, les réassureurs, ses mandataires et mandants de l'information. Elles pourront également servir à l'envoi de documents concernant les produits des contrats diffusés par VERSPIEREN, et ses mandants. Cependant, si l'Assuré ne souhaite pas être sollicité, il peut le faire savoir à VERSPIEREN, par simple courrier à l'adresse précitée.

Article 15 - Autorité de contrôle

L'autorité chargée du contrôle des entreprises

d'assurances qui accordent les garanties prévues par les présents contrats est l'Autorité de Contrôle des Assurances, Mutuelles et des Institutions de Prévoyance - 61 rue Taitbout - 75436 Paris CEDEX 09.

Article 16 - Vente à distance

En application des termes de l'article L 112-2-1 III du Code des Assurances, vous disposez d'un droit de renonciation pendant 14 jours calendaires, délai qui court à compter de la date de réception de votre Certificat d'Adhésion.

L'adhésion cesse à la date de réception de la lettre de renonciation. Si des cotisations ont été perçues, l'assureur s'engage à vous les rembourser dans un délai de 30 jours. Si des prestations ont été versées, vous vous engagez à rembourser à l'assureur les montants perçus dans un délai de 30 jours.

Pour exercer votre droit de renonciation vous pouvez utiliser le modèle de lettre ci-après, à adresser en lettre recommandée avec avis de réception à VERSPIEREN TSA 80786 92894 Nanterre CEDEX 09.

Monsieur, Madame,

Je soussigné(nom-prénom-adresse) déclare par la présente renoncer à mon adhésion au contrat d'assurance VERSPIEREN COMPLÉMENTAIRE SANTÉ n°....., conclue le.....

Je demande le remboursement de la cotisation ou fraction de cotisation versée au titre dudit contrat pour la période de garantie non écoulée et je m'engage à rembourser le montant des prestations qui ont pu m'être versées.

Fait à Le, signature.....

Définitions

Accident :

Toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part du bénéficiaire et provenant de l'action soudaine d'une cause extérieure.

Adhèrent :

Personne qui a souscrit l'adhésion et qui est désignée sous ce nom au Certificat d'Adhésion (ou toute autre personne qui lui serait substituée).

Aggravation de risque :

Circonstances nouvelles qui, si elles avaient existé lors de la conclusion de l'adhésion, auraient entraîné le refus de contracter de l'Assureur ou la perception d'une prime plus élevée.

Année d'assurance :

Période comprise entre deux échéances principales consécutives.

Ayants droit :

Le conjoint, à défaut les enfants, à défaut les héritiers de l'Assuré.

Base de remboursement :

Tarif de base déterminé par la Sécurité Sociale Française et pris en compte pour le calcul du remboursement des actes médicaux effectués par des praticiens conventionnés ou non.

Bénéficiaires :

L'Adhèrent et la ou les personnes désignées au Certificat d'Adhésion comme Assuré(s).

Certificat d'Adhésion :

Document reprenant les éléments personnels de chaque assuré, ainsi que leurs déclarations et les garanties souscrites.

Chirurgie de la myopie (réfractive) :

Intervention chirurgicale destinée à réduire la myopie par modification de la géométrie de la cornée en utilisant la technique du laser.

Date de conclusion de l'adhésion :

Date de signature de la demande d'adhésion par l'Adhèrent mentionnée en tant que telle sur ce document par lui-même.

Échéance principale :

Correspond à la date anniversaire de l'adhésion. Hospitalisation : tout séjour dans un établissement de soins public ou privé, dès lors que ce séjour a pour objet le traitement médical ou chirurgical d'une maladie ou d'un accident garantis. Est considéré comme une hospitalisation unique, deux ou plusieurs hospitalisations dues à la

même maladie ou au même accident qui ne sont pas séparées par plus de 30 jours.

Implants dentaires :

Technique qui peut remplacer le bridge. Une racine artificielle est placée dans l'os. Une couronne est ensuite scellée ou vissée dessus.

Maladie :

Toute altération de la santé constatée par une autorité médicale compétente.

Maternité :

État de grossesse pendant lequel les frais liés à cette grossesse sont pris en charge à hauteur de 100 % du TC par le Régime Obligatoire de l'Assurée.

Médecine non conventionnelle :

Ce terme désigne les actes et prescriptions des homéopathes, acupuncteurs, ostéopathes, chiropracteurs, et étioopathes inscrits au registre officiel de la Sécurité Sociale française ou adhérents de l'un des organismes suivants : Registre des Ostéopathes de France, Union Fédérale des Ostéopathes de France, Syndicat National des Ostéopathes de France, Syndicat Français des Ostéopathes, Association Française d'Ostéopathie, Association Française de Chiropratique, Chambre Nationale des Ostéopathes, Registre National des Étioopathes. Cette liste pourra être élargie ultérieurement par l'Assureur.

Médicament :

Substance prescrite par un médecin et délivrée par un pharmacien et disposant d'une autorisation de mise sur le marché délivrée par le Ministère de la Santé ou résultant d'une préparation magistrale. Cette définition exclut toutes prothèses et appareillages.

Orthodontie :

Partie de la chirurgie dentaire qui traite des difformités et des anomalies de positionnement des dents.

Orthopédie :

Partie de la médecine qui s'occupe des os et des articulations. Par extension, appareillages nécessaires pour corriger des dysfonctionnements ostéo-articulaires.

Parodontologie :

Discipline qui vise à l'étude du diagnostic et du traitement des maladies des dents et des gencives.

Pharmacie :

Produits prescrits par un médecin pour prévenir ou guérir une maladie ou les suites d'un accident garanti, et délivrés par un pharmacien.

Régime obligatoire :

Régime légal français de Prévoyance Sociale auquel est obligatoirement affilié le bénéficiaire et, qui est précisé au Certificat d'Adhésion.

Tarif d'autorité :

Tarif fixé par les caisses des différents régimes obligatoires pour calculer le remboursement des honoraires et soins dispensés par l'ensemble des praticiens et auxiliaires médicaux non liés par une convention nationale.

Tarif de convention :

Tarif fixé par les caisses des différents régimes obligatoires pour calculer le remboursement des honoraires et soins dispensés par l'ensemble des praticiens et auxiliaires médicaux soumis à une convention nationale.

Tarif de responsabilité :

Selon le cas, tarif de Convention ou tarif d'Autorité du régime obligatoire.

Ticket modérateur :

Fraction du tarif de responsabilité du régime obligatoire qui reste à charge du bénéficiaire.

Transport :

Le transport du malade ou de l'accidenté de son domicile ou du lieu de l'accident à l'hôpital (ou à la clinique) le plus proche et vice et versa, à condition que le transport ait été effectué d'urgence ou sur l'ordre du médecin.

CAMEIC

Société d'assurances mutuelle à cotisations variables
Entreprise régie par le Code des Assurances
25, rue de Madrid - 75008 PARIS

Convention d'assistance

La présente convention d'assistance constitue les conditions générales des garanties IMAGINEA ASSISTANCE. Elle détermine les prestations qui seront fournies et garanties par EUROP ASSISTANCE, entreprise régie par le Code des assurances sous le numéro RCS 451 366 405 et dont le siège social se trouve 1, promenade de la Bonnette, 92230 GENNEVILLIERS dans le cadre du contrat d'assurance santé VERSPIEREN COMPLÉMENTAIRE SANTÉ.

Article 1 - Obligations des bénéficiaires en cas d'assistance

Pour permettre à IMAGINEA ASSISTANCE d'intervenir dans les meilleures conditions, il est nécessaire :

- d'appeler sans attendre au 01 41 85 88 61,
- d'obtenir son accord préalable avant de prendre toute initiative ou d'engager toute dépense,
- de fournir tous les justificatifs originaux des dépenses dont le remboursement est demandé. En cas de fausse déclaration, IMAGINEA ASSISTANCE se réserve le droit de prendre toutes dispositions relatives à ses obligations, et le cas échéant, d'en refuser le remboursement.

Article 2 - Définitions

2.1 Bénéficiaires

Les bénéficiaires des garanties sont :

- le souscripteur mentionné aux conditions particulières du contrat d'assurance maladie,
- son conjoint ou concubin,
- leurs enfants de moins de 20 ans, vivant sous leur toit et à charge fiscalement.

Les bénéficiaires doivent avoir leur domicile légal c'est-à-dire leur résidence principale et habituelle en France métropolitaine ou en Principauté de Monaco.

2.2 Validité de la garantie

La garantie "assistance" est valable pour une durée de 12 mois consécutifs à compter de la date de prise d'effet du contrat d'assurance maladie, et au plus tôt le jour de la souscription. Elle est liée à la validité du contrat d'assurance, et est automatiquement résiliée et arrive à échéance, à la même date et dans les mêmes conditions que celui-ci.

2.3 Accident

Par accident, il faut entendre une atteinte corporelle non intentionnelle de la part du bénéficiaire, résultant de l'action soudaine d'une cause extérieure.

2.4 Maladie

Toute altération soudaine et imprévisible de la santé médicalement constatée entraînant une hospitalisation dans un établissement public ou privé ou une immobilisation au domicile.

2.5 Hospitalisation

Par hospitalisation, il faut entendre dans la présente convention toute hospitalisation récente et imprévue, prescrite en urgence par un médecin, consécutive à une maladie survenant inopinément ou à un accident.

2.6 Immobilisation au domicile

Toute immobilisation au domicile prescrite par un médecin consécutive à un accident ou à une hospitalisation.

2.7 Domicile

Par domicile, il faut entendre le lieu de résidence principale et habituelle du bénéficiaire en France métropolitaine ou Principauté de Monaco, désigné aux conditions particulières du contrat d'assurance maladie.

2.8 Étendue territoriale

Les garanties décrites dans la présente convention s'appliquent en France métropolitaine et Principauté de Monaco uniquement, au domicile du bénéficiaire mentionné aux conditions particulières du contrat d'assurance maladie.

Article 3 - Prestations d'assistance

3.1 En cas d'hospitalisation imprévue du souscripteur ou de son conjoint / concubin

a) Aide-ménagère

IMAGINEA ASSISTANCE recherche, dans la limite des disponibilités locales, une aide ménagère pour se rendre au domicile du bénéficiaire :

- soit durant l'hospitalisation pour venir en aide au conjoint et aux enfants restés seuls au domicile,
- soit au retour du bénéficiaire hospitalisé, pour lui venir en aide pendant sa convalescence. IMAGINEA ASSISTANCE prend en charge les frais d'aide ménagère à concurrence de 10 heures, celles-ci devant être effectuées dans un délai de 30 jours maximum à compter de la date de retour d'hospitalisation. Toutefois, IMAGINEA ASSISTANCE se réserve un délai de 12 heures comptées à l'intérieur des heures d'ouverture du service d'assistance à domicile, entre 8h et 19h du lundi au samedi afin de rechercher et d'acheminer le prestataire.

b) Présence hospitalisation

En cas d'hospitalisation supérieure à 8 jours, IMAGINEA ASSISTANCE organise et prend en charge le déplacement aller/retour par train 1re classe ou avion de ligne classe économique d'une personne choisie par le souscripteur résidant en France métropolitaine ou en Principauté de Monaco pour se rendre à son chevet. IMAGINEA ASSISTANCE prend en charge également les frais d'hôtel de cette personne à concurrence de 60 € TTC par nuit pendant 3 nuits maximum (chambre et petit déjeuner). Cette prestation est accordée une seule fois par hospitalisation.

c) Garde des enfants de moins de 16 ans
IMAGINEA ASSISTANCE organise et prend en charge :

- soit le voyage aller/retour en train 1re classe ou avion de ligne classe économique d'une personne désignée par le bénéficiaire, depuis son domicile en France métropolitaine ou en Principauté de Monaco jusqu'au domicile du bénéficiaire, pour venir garder les enfants âgés de moins de 16 ans qui viendraient à se trouver seuls,
- soit le voyage aller/retour d'une hôtesse de IMAGINEA ASSISTANCE pour accompagner les enfants restés seuls jusqu'au domicile d'un proche désigné par le bénéficiaire et résidant en France métropolitaine ou en Principauté de Monaco. IMAGINEA ASSISTANCE prend également en charge le coût du voyage aller/retour des enfants.

d) En cas d'hospitalisation imprévue du bénéficiaire
IMAGINEA ASSISTANCE prend en charge les frais de téléphone ou de location d'un téléviseur à l'hôpital ou à la clinique, à concurrence de 80 € TTC maximum.

e) Transfert et garde des animaux de compagnie (chiens, chats) :

si personne ne peut assurer la garde des animaux de compagnie, IMAGINEA ASSISTANCE se charge :

- soit de rechercher l'établissement de garde pour animaux (chiens et chats) le plus proche du domicile du souscripteur. Dans ce cas, IMAGINEA ASSISTANCE organise et prend en charge le transport du ou des animaux jusqu'à cet établissement proche du domicile et participe aux frais de garde en chenil pendant 7 jours consécutifs maximum,
- soit d'organiser le transport du ou des animaux jusqu'au domicile d'un proche résidant en France métropolitaine ou en Principauté de Monaco désigné par le souscripteur. IMAGINEA ASSISTANCE prend en charge les frais de transport dans la limite de 50 kilomètres.

Cette prestation d'assistance est soumise aux conditions de transport, d'accueil et d'hébergement exigées par les prestataires et chenils sollicités par IMAGINEA ASSISTANCE (vaccinations à jour, caution...). Elle sera rendue sous réserve que le souscripteur ou qu'une personne autorisée par ce dernier puisse accueillir, chez le souscripteur, le prestataire sollicité par IMAGINEA ASSISTANCE afin de lui confier l'animal.

3.2 En cas d'immobilisation au domicile d'un

bénéficiaire IMAGINEA ASSISTANCE pourra, sur simple appel téléphonique d'un bénéficiaire, rendre les services suivants :

a) Recherche d'une ambulance ou d'un Véhicule Sanitaire Léger : IMAGINEA ASSISTANCE organise en dehors d'urgence médicale le transport en ambulance ou VSL des bénéficiaires depuis leur domicile jusqu'au centre de soins ou d'examen désigné par eux. Le coût du transport est à la charge du bénéficiaire.

b) Recherche d'un médecin en urgence : en dehors des heures et jours de consultation du médecin traitant habituel du souscripteur ou de son conjoint ou concubin, IMAGINEA ASSISTANCE recherche le médecin de garde ou le service médical d'urgence proche des bénéficiaires afin qu'il se rende auprès de ces derniers. Les honoraires du médecin de garde ou du service médical sont à la charge du bénéficiaire.

c) Recherche de médicaments : le médecin vient de prescrire au bénéficiaire des médicaments par ordonnance et personne ne peut aller les chercher, un prestataire de IMAGINEA ASSISTANCE se rendra auprès du bénéficiaire pour prendre possession de l'ordonnance et rechercher les médicaments à la pharmacie habituelle du bénéficiaire ou à la pharmacie de garde. Le coût des médicaments reste à la charge du bénéficiaire. Les renouvellements d'ordonnance sont exclus.

d) VERSPIEREN Complémentaire Santé Allô Santé : sur simple appel téléphonique de 9 heures à 18 heures, sauf les dimanches et les jours fériés, IMAGINEA ASSISTANCE s'efforce de rechercher les renseignements à caractère documentaire destinés à orienter les démarches du bénéficiaire dans le domaine de la santé (prestations de la sécurité sociale, accidents de travail...). S'il ne lui est pas possible de donner une réponse immédiate, IMAGINEA ASSISTANCE effectue des recherches et rappelle le bénéficiaire à son domicile.

IMAGINEA ASSISTANCE apporte aux questions qui lui sont posées une réponse objective à partir d'éléments officiels et ne peut en aucun cas être tenue pour responsable des interprétations du bénéficiaire ni de leurs conséquences éventuelles.

e) VERSPIEREN COMPLÉMENTAIRE SANTÉ Allô Prévention : sur simple appel téléphonique de 9 heures à 19 heures, sauf les dimanches et les jours fériés, le service d'information de IMAGINEA ASSISTANCE, animé par les médecins, est destiné à répondre à toutes questions de nature médicale et, notamment dans les domaines suivants :

- la mise en forme, la diététique, la nutrition, la puériculture, les troubles de l'adolescence, les vaccinations, les traitements.

Le service permet d'explicitier les différents aspects d'une prescription médicale et de rassurer le bénéficiaire lors d'un éventuel examen médical à entreprendre ou déjà réalisé. Les médecins peuvent répondre à toutes questions concernant le bénéficiaire. Les informations qui seront données le seront toujours dans le respect de la déontologie médicale (confidentialité et respect du secret médical). Ce service est conçu pour écouter, informer et orienter, en aucun cas, il ne peut remplacer le médecin traitant.

3.3 En cas de maladie ou blessure d'un enfant bénéficiaire, occasionnant une absence scolaire supérieure ou égale à 12 jours ouvrés.

En cas de maladie ou blessure d'un enfant bénéficiaire, occasionnant une absence scolaire d'une durée supérieure ou égale à 12 jours ouvrés, IMAGINEA ASSISTANCE recherche un ou des enseignants à domicile proches du domicile du souscripteur qui sera(ont) en mesure d'assurer la continuité du programme scolaire au domicile du souscripteur (en dehors des périodes de vacances scolaires).

Cette prestation pourra être demandée et mise en œuvre pendant une période de 1 mois à compter de la date d'immobilisation de l'enfant. Conditions d'application de cette garantie :

Nature de la garantie : la présente garantie a pour objet d'apporter une aide pédagogique à tout enfant fréquentant l'école, depuis le cours

préparatoire (11e) jusqu'en classe de Terminale des lycées, en cas de maladie ou d'accident le retenant à son domicile.

Délai de mise en place : dès réception de votre demande et du certificat médical, IMAGINEA ASSISTANCE fera en sorte qu'un ou plusieurs "répétiteurs scolaires" se rende(nt) à votre domicile dans un délai maximum de 2 jours ouvrables.

Effets et durée de la garantie : la garantie prend effet au lendemain d'une période d'absence de 12 jours d'école consécutifs. Elle s'applique pendant l'année scolaire en cours, sauf pendant les vacances scolaires définies selon la zone géographique, par le Ministère de l'Éducation Nationale. Formalités nécessaires à la mise en œuvre de la garantie : vous devrez fournir un certificat médical précisant la nature de la maladie ou de l'accident atteignant l'enfant bénéficiaire de la garantie, attestant que cette maladie ou cet accident empêche l'enfant de se rendre en classe et précisant la durée de l'immobilisation au domicile.

Déroulement de la prestation : les "répétiteurs scolaires" dispensent à l'enfant des cours, du niveau de sa classe, dans les matières suivantes : Français, Anglais, Allemand, Espagnol, Histoire, Géographie, Mathématiques, Sciences naturelles, Physique, Chimie. Ils sont autorisés à prendre contact avec l'instituteur ou les professeurs de l'enfant à propos du programme scolaire.

Exclusion : La garantie ne s'exerce pas :

- en cas de maladies et accidents (et leurs conséquences) antérieurs à la date d'effet de la présente garantie,
- en cas d'une maladie chronique ou d'une incapacité permanente de l'enfant,
- pour les frais engagés par le bénéficiaire relatifs à la prestation, objet de la garantie, sans l'accord préalable de IMAGINEA ASSISTANCE.

Article 4 - En cas de décès

4.1 Aide psychologique

Sur simple appel téléphonique dans les 15 jours qui suivent le décès, notre service Écoute et Accueil Psychologique permet, 24 heures sur 24 et 365 jours par an, de contacter par téléphone des psychologues cliniciens. Sans être une psychothérapie, l'entretien téléphonique, mené par des professionnels qui garderont une écoute neutre et attentive, permettra au bénéficiaire de se confier et de clarifier la situation à laquelle il est confronté suite à ce décès.

Les psychologues interviennent dans le strict respect du code de déontologie applicable à la profession de psychologue, et ne s'autoriseront en aucun cas à débiter une psychothérapie par téléphone.

Notre prise en charge se limite à 3 médiations téléphoniques. En fonction de votre situation et de votre famille, un rendez-vous pourra être aménagé afin de rencontrer près de chez vous, un psychologue diplômé d'état.

Nous assurons l'organisation de ce rendez-vous et prenons en charge le coût de cette première consultation.

4.2 Informations décès

Sur simple appel téléphonique de 9h00 à 19h00 sauf dimanche et jours fériés, nous recherchons et communiquons les informations à caractère documentaire destinées à orienter vos démarches administratives, juridiques, sociales ou pratiques, exclusivement d'ordre privé en cas de décès d'un bénéficiaire. Nous pouvons vous communiquer des informations dans les domaines suivants :

Choix de la sépulture : l'inhumation dans un cimetière communal ou dans un autre lieu, les concessions, caveaux, fosses, monuments funéraires, pierres tombales, l'exhumation : collective, individuelle, l'opération d'exhumation, la réinhumation, la crémation ou l'incinération ;

De la déclaration de décès aux obsèques : décision des funérailles, modification du corps, les transports de corps avant et après mise en bière, personne décédée à l'étranger, les domiciles provisoires, le service des Pompes Funèbres ;

Les formalités fiscales : déclaration des revenus, déclaration de succession, conséquences pratiques du décès (argent liquide, comptes bancaires, livrets, coffres, logement, véhicule automobile...), coût des obsèques (dépenses obligatoires, prestations complémentaires, transports de corps...), comment payer les frais d'obsèques ;

Le règlement de la succession : démarche notariale, les premières mesures à prendre, démarches auprès des organismes sociaux, accepter ou non la succession.

Nota : Ces informations constituent des renseignements à caractère documentaire visés à l'article 66.1 de la loi modifiée du 31 décembre 1971. Il ne peut en aucun cas s'agir de consultation juridique.

Selon les cas, nous orienterons les bénéficiaires vers les catégories d'organismes ou de professionnels susceptibles de leur répondre. Nous ne pouvons en aucun cas être tenus responsables ni de l'interprétation, ni de l'utilisation par le bénéficiaire des informations communiquées.

Article 5 - Exclusions et cas de force majeure

5.1 Ne peuvent donner lieu à intervention et/ou prise en charge par Verspieren assistance :

- les frais engagés sans l'accord préalable de IMAGINEA ASSISTANCE ;
- les affections ou lésions bénignes ne justifiant pas une immobilisation à domicile ;
- les maladies mentales ayant déjà fait l'objet d'un traitement ;
- les rechutes et/ou complications d'un état pathologique constitué antérieurement à la date de souscription ou de renouvellement du contrat d'assurance maladie et comportant un risque d'aggravation brutale ;
- les états de grossesse déjà connus avant la date de prise d'effet ou de renouvellement des contrats d'assurance maladie, sauf dans les cas de complication nette et imprévisible, et, dans tous les cas, les états de grossesse à partir de la 36e semaine ;
- les visites médicales de contrôle ;
- les maladies ou accidents dont l'origine est antérieure à la date de prise d'effet du contrat d'assurance maladie ;
- toute situation consécutive à l'usage de drogues non prescrites, stupéfiants et produits assimilés ;
- les hospitalisations prévues ;
- tout événement ou prestation non prévus par la présente convention.

5.2 Cas de force majeure

IMAGINEA ASSISTANCE ne peut être tenue pour responsable des manquements à l'exécution des prestations résultant de cas de force majeure ou d'événements tels que guerre civile ou étrangère, émeutes, instabilité politique notoire, mouvements populaires, représailles, actes de terrorisme, restrictions à la libre circulation des personnes et des biens, grèves, explosion, dégagement de chaleur ou irradiation provenant de la transmutation ou de la désintégration d'un noyau atomique et autres cas fortuits, ni des empêchements dans l'exécution des prestations résultant des mêmes causes. Le fait de grève ne constitue pas une raison de déclenchement de nos services.

Article 6 - Subrogation

IMAGINEA ASSISTANCE est subrogée, à concurrence des indemnités payées et des services fournis par elle dans les droits et actions du bénéficiaire contre toute personne responsable des faits ayant motivé son intervention.

Article 7 - Prescription

Toute action dérivant de cette convention est prescrite dans un délai de 2 ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Article 8 - Autorité de contrôle

La commission de Contrôle des Assurances, des Mutuelles et des Institutions de Prévoyance, 61 rue Taitbout - 75436 Paris CEDEX 09.

Réglementation sur le démarchage et la vente à distance

→ Si vous avez souscrit votre contrat dans le cadre du démarchage à domicile

Les dispositions suivantes de l'article L 112-9 du Code des assurances s'appliquent : « toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, et qui signe dans ce cadre une proposition d'assurance ou un contrat à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée avec demande d'avis de réception pendant le délai de 14 jours calendaires révolus à compter du jour de la conclusion du contrat, sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités ».

L'adhésion cesse à la date de réception de la lettre de renonciation. L'assureur s'engage à vous rembourser les cotisations versées, excepté celles correspondantes à la période de garantie écoulée. La connaissance d'un sinistre garanti avant l'utilisation de la faculté de renonciation annule la possibilité de renoncer à l'adhésion.

Pour exercer votre droit à renonciation, vous pouvez utiliser le modèle de lettre ci-après, à adresser en lettre recommandée avec avis de réception à :

VERSPIEREN – Lemeilleurdelassurance.com
TSA 80786
92894 Nanterre CEDEX 09

Madame, Monsieur,

Je soussigné(nom-prénom-adresse)..... déclare par la présente renoncer à mon adhésion au contrat d'assurance VERSPIEREN Santé N°....., conclue le

Je certifie n'avoir subi aucun sinistre et je demande le remboursement de la cotisation ou fraction de cotisation versée au titre dudit contrat pour la période de garantie non écoulée.

Fait à

Le

Signature

→ Si vous avez souscrit votre contrat dans le cadre de la vente à distance

En application des termes de l'article L 112-2-1 III du Code des assurances, vous disposez d'un droit de renonciation pendant 14 jours calendaires, délai qui court à compter de la date de réception de votre adhésion au contrat.

L'adhésion cesse à la date de réception de la lettre de renonciation. Si des cotisations ont été perçues, l'assureur s'engage à vous les rembourser dans un délai de 30 jours. Si des prestations ont été versées, vous vous engagez à rembourser à l'assureur les montants perçus dans un délai de 30 jours.

Pour exercer votre droit à renonciation vous pouvez utiliser le modèle de lettre ci-après, à adresser en lettre recommandée avec avis de réception à :

VERSPIEREN – Lemeilleurdelassurance.com
TSA 80786
92894 Nanterre CEDEX 9

Monsieur, Madame,

Je soussigné(nom-prénom-adresse)..... déclare par la présente renoncer à mon adhésion au contrat d'assurance VERSPIEREN Santé N°....., conclue le

Je demande le remboursement de la cotisation ou fraction de cotisation versée au titre dudit contrat pour la période de garantie non écoulée et je m'engage à rembourser le montant des prestations qui ont pu m'être versées.

Fait à

Le

Signature