



L'assurance santé digitale,
concernée et engagée

Livret de l'assuré



Chers assurés et bénéficiaires,
Nous sommes heureux de vous communiquer votre livret de l'assuré, édition 2019. Ce livret est destiné à répondre à toutes vos questions, comme celles sur votre couverture assurance santé, votre accompagnement, la e-santé, le fonctionnement, le cadre légal.

Nous vous remercions d'avoir choisi KOVERS.

KOVERS est une mutuelle qui **innove pour l'accès à la santé et au bien-être**.

KOVERS rebat les cartes de la mutualisation en plaçant l'adhérent au cœur de toutes ses actions.

Basée sur des **outils digitaux et une présence réelle de conseillers en France**, KOVERS défend l'intérêt supérieur de l'assuré et renoue avec les valeurs fondatrices et originelles de la mutualisation : association d'assurés porteuse du contrat collectif, affectation de la majorité des cotisations au remboursement, accessibilité aux soins.

Grâce à la #eSanté, les assurés **peuvent accéder à une information médicale, un rendez-vous avec un professionnel de santé, aux soins en général à tout moment: Kovers My Doc permet d'avoir un médecin en ligne 24h sur 24 et 7 jours sur 7, et si besoin d'organiser une consultation médicale**; avec l'outil d'intelligence artificielle et les dispositifs médicaux de santé connectée, KOVERS Check Up permet de **suivre sa santé, en autonomie ou à distance avec son médecin**. Impliqué dans le Big Data, KOVERS vous permettra bientôt d'accéder aux services augmentés du **Simulateur de dépenses**.

Jamais une mutuelle autant que KOVERS ne s'est engagée aussi loin dans l'utilisation des innovations en assurance et en santé pour donner accès à ses assurés aux services de prévention et à la construction du bien-être, en rapprochant les bénéficiaires et les acteurs de la santé sans limite de temps ni contraintes géographiques.

Avec une **tarification simplifiée, sans augmentation avec l'âge ni coût caché**, sans évolution opaque ni dépenses injustifiées, KOVERS est la mutuelle de référence pour les familles, les actifs indépendants, les étudiants et les retraités.

Aujourd'hui, **KOVERS c'est déjà une véritable communauté** qui ne cesse de grandir, véritables ambassadeurs de son engagement et de sa capacité de remboursement. KOVERS c'est aussi une équipe de conseillers d'assurés basée en Bourgogne, présente pour accompagner les assurés au quotidien.

KOVERS est conçue à l'origine par deux associés, qui, après 20 ans passés dans l'assurance et le digital réalisent un constat simple : il est urgent d'apporter de la lisibilité sur les tarifs et les contrats d'assurance pour renouer la confiance entre les assurés et les complémentaires santé et augmenter l'accès à la santé pour tous sans discrimination de lieux ni de temps.

A la fois ruraux et urbains, les fondateurs décident d'agir en cohérence avec leurs valeurs sociétales. Ils créent un comparateur universel pour aider les assurés à trouver la meilleure assurance possible, vraisemblablement la plus mutualisée. Et, ils finissent par la créer : KOVERS est née.

Avantages

page 4

Ayant-droit

page 5

Comment ça marche ?

page 6

Modification du contrat

page 8

Contacts

page 9

Actes de prévention

page 10

Conditions générales de ventes
et notices valant CGV

page 11



Une mutuelle lisible

Des prestations évolutives pour un prix maîtrisé et une gestion simplifiée grâce au Tiers-Payant (pas d'avance de frais) dans l'ensemble du réseau de professionnels de santé partenaire de Carte Blanche.



Médecine douce et non remboursée

Une couverture étendue aux actes prescrits non remboursés par votre sécurité sociale et aux nouvelles formes de médecine.



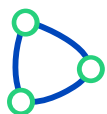
Des informations utiles pour prendre soin de votre santé

Actualités, conseils en prévention, tests santé, coaching,... Les services Bewell Connect vous permettent de vous informer et de prendre soin de votre santé.



Les services d'Assistance

Vous pouvez bénéficier de nombreuses garanties d'assistance (aide ménagère, école en continu, garde animaux,...) pour vous soutenir pendant et après une hospitalisation, une maladie, un accident...



Association d'assurés Santé Cœur de Puisaye

Pour vous représenter et défendre vos intérêts dans la vie du contrat.



E-santé connectée

Service exclusif, prise en charge des objets de santé connecté prescrits par votre professionnel de santé (pour la prévention, le diagnostic ou le suivi et le traitement d'une pathologie)



Médecine à distance

le service exclusif Kovers e-santé vous permet d'accéder à votre service médical à tout moment 24h/24h, 7jours/7jours et monde entier. Disponible depuis l'application Kovers e-santé et par téléphone au 01 55 92 22 80.



Actif

Personne n'ayant pas liquidé ses droits à la retraite des régimes obligatoires, et toute personne en cumul emploi-retraite. Une personne porteuse d'un mandat électif local et bénéficiant d'une indemnisation à ce titre est considérée en situation de cumul emploi – retraite.

Étudiant

Jusqu'à 28 ans, y compris les étudiants en alternance, en apprentissage et doctorants. Ces derniers peuvent bénéficier de la dispense à l'affiliation au contrat obligatoire de leur employeur. Ils ont donc le droit de choisir leur mutuelle complémentaire santé.

Retraité

Personne ayant liquidé ses droits à la retraite des régimes obligatoires et ne bénéficiant pas du cumul emploi – retraite. Toute personne retraitée bénéficie des mêmes avantages que ce que prodigue la Loi Evin aux anciens salariés. Quel que soit son statut social d'origine, un retraité bénéficie d'une réduction tarifaire sur son tarif retraité : 33% la première année de fin d'activité et de 17 % l'année suivante.

Enfant

Enfant de l'assuré, âgé de moins de 25 ans et à la charge fiscale de l'assuré. Ayant droit d'un souscripteur actif, y compris enfant étudiant.

À noter : le conjoint de l'assuré a le même statut que celui de l'assuré (travailleur indépendant, fonctionnaire, particulier, salarié). Si la situation l'exige, il est possible de souscrire un second contrat pour le conjoint.





Chez le médecin

Si vous avez choisi la télétransmission avec votre régime obligatoire (AMO)

- 1 Lors de la consultation, vous donnez votre Carte Vitale et payez la consultation.
- 2 La Sécurité Sociale vous rembourse directement la part obligatoire.
- 3 Elle transmet les informations au service Gestion.
- 4 Le service Gestion vous rembourse la part complémentaire selon la formule choisie.

Si vous n'avez pas choisi la télétransmission avec votre régime obligatoire (AMO)

- 1 Lors de la consultation, vous donnez votre Carte Vitale et payez la consultation.
- 2 La Sécurité Sociale vous rembourse directement la part obligatoire et vous envoie votre décompte de remboursement.
- 3 Vous transmettez l'original de ce décompte au service Gestion.
- 4 Le service Gestion vous rembourse la part complémentaire selon la formule choisie.

Le praticien refuse ou ne prend pas la Carte Vitale (Médecine douce, Médecine hors nomenclature etc.)

- 1 Vous payez la consultation, et recevez une feuille de soin ou une facture acquittée.
- 2 Vous transmettez la feuille de soin ou la facture à la Sécurité Sociale qui vous rembourse la part obligatoire.
- 3 Vous adressez l'original de la facture acquittée ou la feuille de soin au service Gestion.
- 4 Le service Gestion vous rembourse selon la formule choisie.

Pour vos demandes de prise en charge ou de devis (hospitalisation, optique etc...)

- 1 L'établissement hospitalier, l'opticien ou vous-même adressez une demande de prise en charge ou de devis auprès du service Gestion.
- 2 Le service Gestion étudie la demande et vous adresse une réponse.
- 3 En cas d'accord total, vous n'avez rien à avancer. En cas d'accord partiel, le service Gestion vous indiquera les frais restant à votre charge.
- 4 Vous transmettez l'original de la facture acquittée des frais restant à votre charge au service Gestion pour obtenir un remboursement selon la formule choisie.



À la pharmacie

Le pharmacien accepte le Tiers Payant.

- 1 Le pharmacien prend votre carte Vitale et votre carte de tiers payant. Il sera remboursé par la Sécurité sociale puis par votre service client. Vous n'avez rien à avancer !

Le pharmacien n'accepte pas le Tiers Payant ou vous avez oublié votre carte de Tiers Payant

- 2 Vous lui réglez le montant des médicaments qui est à votre charge et remettez votre décompte original au service Gestion qui vous rembourse la part complémentaire.

Pour une meilleure gestion de votre dossier, penser à mettre à jour votre carte Vitale (par téléphone au 36 46 ou sur votre espace en ligne), présenter votre carte Vitale et votre carte Mutuelle auprès des professionnels de santé et à la pharmacie. Mettre à jour vos coordonnées bancaires en cas de changement pour un remboursement.



À la maison



Les services e-santé sont intégrés dans la garantie que vous avez souscrite, en illimité : autant de téléconsultations que de besoins, en France ou à l'étranger

Pré-diagnostic

Check-up utilise les dispositifs de pré-diagnostic mis en œuvre auprès de médecins et de services d'urgentiste. Il vous permet de réaliser un pré-diagnostic rapide en toute autonomie.

Téléconsultation

Accessible depuis l'application Kovers e-santé et au 01.55.92.22.80. À tout moment et partout dans le monde, vous avez l'accès à une consultation à distance :

- Avec un médecin agréé par l'ordre des médecins et par la sécurité sociale
- La consultation est réalisée dans le respect absolu de la confidentialité de vos données et du secret médical

Le médecin pourra à l'issue de cette consultation établir une prescription médicale ou organiser pour vous, en tant que médecin, une consultation de spécialiste ou votre prise en charge à l'hôpital.



Santé connectée

Vous avez accès aux dispositifs médicaux de santé connectée Bewell Connect (site www.bewell-connect.com) pour la prévention, le diagnostic ou le suivi d'une pathologie. Ces dispositifs médicaux peuvent être reliés à votre médecin et ils sont remboursables par votre contrat santé sous conditions.

Votre parcours lors de l'adhésion

Vous avez bénéficié d'un bilan conseil santé
Vous avez adhéré par la signature du bulletin d'adhésion.

Vous recevez sous 8 jours une lettre de bienvenue accompagnée :

- Un échéancier de votre contrat d'assurance,
 - Vos codes d'accès aux applications mobiles BewellConnect® by Visiomed®
- Votre carte Tiers Payant au maximum 10 jours avant la prise d'effet de votre contrat.

Nous avons activé la télétransmission auprès de votre organisme de Sécurité Sociale.

Vous bénéficiez ainsi du système d'avance dit Tiers Payant et de remboursement automatique.

Votre échéancier valide la prise d'effet de votre contrat.

Si vous l'avez accepté nous avons saisi votre IBAN et ainsi pourrons prélever vos cotisations et procéder aux paiements directement par virement, à défaut vous recevrez un chèque pour chaque décompte.

Vos demandes lors de la vie du contrat

Accès en ligne à votre espace personnel sur www.helium.gestion-sante.com pour toutes vos démarches utiles : accéder à une information, votre compte, au suivi de vos remboursements, une demande de duplicata, vos échanges avec le service Gestion...

Par téléphone sur une ligne dédiée au **03 26 61 24 61**

Par mail helium@helium.fr

Pour accéder à votre espace assuré :

Connectez-vous à

www.helium.gestion-santé.com avec vos codes d'accès transmis par Helium (retrouvez votre identifiant de connexion sur le courrier accompagnant votre attestation de Tiers-Payant. Hélium vous laisse le soin de créer votre propre mot de passe lors de votre première connexion).

Vous avez la possibilité, en cours de vie de contrat, de changer de niveau de garanties.

Si vous souhaitez adhérer à un niveau de garanties supérieur :

Vous devrez remplir un nouveau Bulletin d’Affiliation Individuel pour « Modification d’un contrat existant » et indiquer votre choix de formule. Vous vous engagez à ce nouveau niveau de garantie pour 12 mois.

Une fois enregistré, votre changement de garanties sera effectif le 1er du mois suivant votre demande.

Si vous souhaitez adhérer à un niveau de garanties inférieur :

Vous devrez remplir un nouveau Bulletin d’Affiliation Individuel pour « Modification d’un contrat existant » et indiquer votre choix de formule. Vous vous engagez à ce nouveau niveau de garantie pour 12 mois.

Une fois enregistrée, votre changement de garanties sera effectif le 1er janvier de l’année suivant votre demande, en tenant compte des 2 mois de préavis sous réserve d’un minimum de 12 mois dans la formule précédente.

Changer de situation

Pour assurer la qualité de service, il est important de nous communiquer les informations susceptibles d’entraîner des modifications de votre contrat notamment :

- Changement d’adresse,
- Changement de caisse de Sécurité sociale,
- Changement de domiciliation bancaire,
- Évolution de la situation professionnelle,
- Évolution de la situation personnelle, etc...



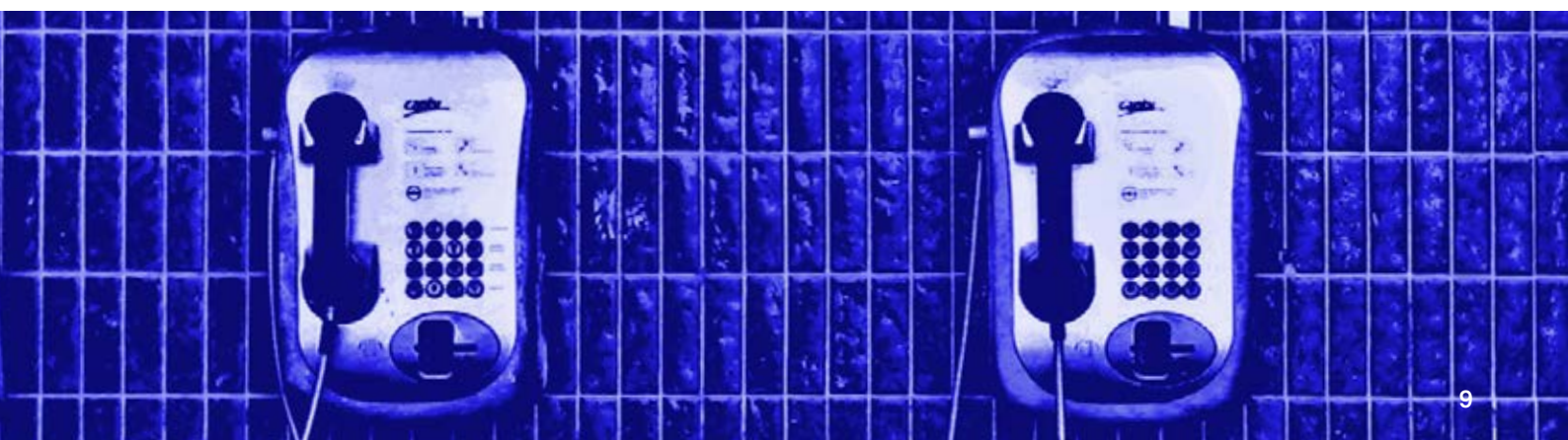
En tant qu'assuré, vous avez accès à la plateforme de gestion pour gérer vos données personnelles, suivre vos remboursements et cotisations ou encore faire des demandes de devis et bien d'autres services dans le respect du secret médical.

Vous souhaitez:

Contactez:

Au:

<p>Une prise en charge pour hospitalisation</p>	<p>Le service Gestion des Assurés</p>	<p>Tél: 03 26 61 24 61 Courrier: HELIUM 4, rue Léon Patoux, CS60007 51886 REIMS Cedex 2 Email: helium@helium.fr Ou via votre Espace Personnel</p>
<p>Envoyer une demande de remboursement, de prise en charge ou analyse d'un devis</p>	<p>Le service Gestion des Assurés</p>	<p>Tél: 03 26 61 24 61 Courrier: HELIUM 4, rue Léon Patoux, CS60007 51886 REIMS Cedex 2 Email: helium@helium.fr Ou via votre Espace Personnel</p>
<p>Pour voir vos remboursements, informations sur vos garanties, analyse de devis, demande de prise en charge, etc...</p>	<p>Espace Personnel Assurés</p>	<p>Site www.helium.gestion-sante.com</p>
<p>Trouver un professionnel de santé partenaire du réseau Carte Blanche</p>	<p>Carte Blanche Partenaire</p>	<p>Site www.helium.gestion-sante.com</p>
<p>Bénéficier de vos garanties d'assistance</p>	<p>MGD Assistance</p>	<p>Contrat n° 32JA Tél: 01 49 93 65 05 Du lundi au samedi de 9h à 20h</p>
<p>Vie de contrat, changement de formule, modification ou résiliation du contrat, ...</p>	<p>Service Souscription</p>	<p>Tél: 03 86 45 60 50 Courrier: Kovers – Qape Immeuble Burovert – ZA Les Hâtes du Vernoy 89130 Toucy Email: souscription@kovers.fr</p>



Tous les actes pris en charge dans le cadre de la Loi du 13 août 2004 et de ses décrets d'application sont remboursés.

- Scellement des sillons et fissures.
- Un détartrage annuel complet sus- et sous-gingival, effectué en deux séances maximum.
- Bilan du langage oral et/ou bilan d'aptitudes à l'acquisition du langage écrit, à condition qu'il s'agisse d'un premier bilan chez un enfant de moins de 14 ans.
- Dépistage une fois tous les cinq ans des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans pour un des actes suivants : audiométrie tonale ou vocale, audiométrie tonale et/ou vocale avec tympanométrie, audiométrie vocale dans le bruit, audiométrie tonale et vocale.
- Acte d'ostéodensitométrie remboursable par l'assurance maladie obligatoire ; sans préjudice des conditions d'inscription de l'acte sur la liste mentionnée à l'article L. 162-1-7, la prise en charge au titre du présent arrêté est limitée aux femmes de plus de 50 ans, une fois tous les six ans.
- Les vaccinations suivantes, seules ou combinées :
Diphtérie, tétanos et poliomyélites : tous âges,
Coqueluche avant 14 ans,
Hépatite B avant 14 ans,
BCG avant 6 ans,
Rubéole pour les adolescentes qui n'ont pas été vaccinées et pour les femmes non immunisées désirant un enfant,
Haemophilus influenzae B,
Vaccination contre les infections invasives à pneumocoques pour les enfants de moins de 18 mois.



Conditions générales de ventes

La consultation du site (le « Site ») <https://www.kovers.fr> et l'utilisation des services proposés par Kovers (« Kovers ») est soumise aux présentes conditions générales d'utilisation et de vente (les « Conditions Générales d'Utilisation et de Vente »).

La consultation et l'utilisation des services mis en ligne par le Site vaut acceptation de la part de l'utilisateur, sans réserve aucune, des termes des Conditions Générales d'Utilisation et de Vente.

Nous nous réservons le droit de modifier ou de mettre à jour à tout moment ces Conditions Générales d'Utilisation et de Vente. Nous conseillons donc à tout utilisateur de se référer régulièrement à leur dernière version disponible en permanence sur le site.

1. Consultation du Site et utilisation des services proposés par le Site

L'utilisateur s'engage à utiliser le Site pour des besoins strictement privés ou professionnels, à l'exclusion de toute utilisation lucrative ou commerciale.

De la même façon, l'utilisateur s'engage à utiliser le Site de manière conforme à l'ordre public, aux bonnes mœurs et aux droits des tiers.

1.1 - Général

1.1.1 - L'utilisateur peut trouver à sa disposition sur le Site des informations générales relatives à la mutuelle santé. Malgré la diligence mise en œuvre de manière permanente par Kovers afin de proposer à ses utilisateurs des informations à jour, il ne peut être exclu que certaines informations puissent, à tout moment, devenir obsolètes, notamment du fait d'un changement législatif ou réglementaire. Il appartient à l'utilisateur de vérifier la pertinence et l'applicabilité des informations générales proposées par Kovers sur son Site.

1.1.2 - L'utilisateur trouvera à sa disposition sur le Site un certain nombre d'informations, propositions et tarifs, sur la base des informations personnelles fournies par cet utilisateur. Les informations personnelles sont fournies sous la responsabilité exclusive de l'utilisateur.

Les informations que l'utilisateur communique à Kovers sur ce Site sont protégées et font l'objet de mesures de sécurité afin d'éviter toute exploitation frauduleuse.

Dans l'hypothèse où l'utilisateur souhaite bénéficier des services de mutuelle santé proposés par le Site, il devra y souscrire en remplissant le formulaire d'adhésion en ligne sur le Site, et en fournissant les documents demandés.

1.2 - Exclusions de garantie

1.2.1 - L'utilisateur du Site ne s'engage contractuellement en rien en consultant les informations et tarifs proposés par Kovers, tant qu'il n'a pas finalisé son adhésion en ligne.

Néanmoins, il est de la responsabilité de l'utilisateur de fournir et de vérifier l'exactitude des informations qu'il transmet, dans la mesure où la pertinence des informations et des tarifs proposés par Kovers dépend de cette exactitude.

1.2.2 - Bien que le Site soit accessible 7 jours sur 7, 24 heures sur 24, la responsabilité de Kovers ne saurait être engagée en cas d'inaccessibilité au Site ou d'impossibilité d'utilisation, des services normalement proposés par le Site, pour quelque raison que ce soit, mais notamment et non exclusivement à cause d'opérations de maintenance ou de pannes ou d'événements de force majeure.

Par ailleurs, Kovers peut être amené à fermer temporairement le Site ou à interdire temporairement l'accès à une partie des services, à tout moment et sans préavis, sans que cela entraîne un droit à indemnité pour l'utilisateur.

1.2.3 - Les comparatifs des offres proposés sur le Site ou tout autre support digital ou physique ont été réalisés en toute neutralité, sur la base d'une analyse multi-critères qui prend en compte, notamment mais de manière non exhaustive, le tarif proposé par chaque assureur, les garanties couvertes, les exclusions de garanties, les montants de garanties et de franchise. Tous les comparatifs, qu'ils soient personnalisés ou qu'il s'agisse de cas-types, produits ou publiés sur le Site ne sauraient engager notre responsabilité en cas d'erreur, d'omission, d'inexactitude ou d'obsolescence des informations présentées.

1.2.4 - L'utilisateur comprend et accepte que les informations et tarifs proposés par le Site ou tout autre support digital ou physique sont susceptibles de modifications par les professionnels de la mutuelle santé eux-mêmes et que les informations et tarifs mentionnés sur le Site peuvent par conséquent faire l'objet d'approximation, d'inexactitude ou d'erreur.

2. Propriété intellectuelle

L'utilisateur s'interdit de porter atteinte aux droits de propriété intellectuelle (droit d'auteur, droits voisins, droit des marques, noms de domaine...) de Kovers ou de tout tiers mentionnés sur le Site.

Kovers est titulaire de tous les droits de propriété intellectuelle tant sur la structure que sur le contenu du Site. L'utilisateur s'engage à utiliser le Site pour des besoins strictement privés ou professionnels, à l'exclusion de toute utilisation lucrative ou commerciale. De la même façon, l'utilisateur s'engage à utiliser le Site de manière conforme

à l'ordre public, aux bonnes mœurs et aux droits des tiers. L'utilisateur ne peut pas procéder à la reproduction, la représentation, l'adaptation, la traduction, la transformation partielle ou intégrale, ou au transfert des éléments du Site de quelque façon que ce soit et à quelque fin que ce soit, excepté en cas d'autorisation expresse, préalable et écrite de Kovers.

3. Utilisation de cookies

Lors de la consultation du site, des cookies sont déposés sur l'ordinateur de l'utilisateur, son mobile ou sa tablette. Les seuls cookies utilisés sur le Site sont ceux destinés à la mesure d'audience. Les outils de mesures d'audience sont déployés afin d'obtenir des informations sur la navigation des visiteurs. Ils permettent de comprendre comment les utilisateurs arrivent sur un site et de reconstituer leur parcours.

Les données générées par les cookies sont stockées sur notre espace d'hébergement. Nous serions susceptibles de communiquer ces données à des tiers en cas d'obligation légale.

3.1 - Définition d'un cookie

Un cookie est un fichier texte déposé sur votre ordinateur lors de la visite d'un site ou de la consultation d'une publicité. Il a pour but de collecter des informations relatives à votre navigation et de vous adresser des services adaptés à votre terminal (ordinateur, mobile ou tablette). Les cookies sont gérés par votre navigateur internet.

Nous veillons au respect strict de la loi informatique et libertés du 6 janvier 1978 modifiée et nous engageons à mettre en œuvre des mesures appropriées de sécurisation et de protection de la confidentialité des données.

3.2 - Paramétrer le navigateur Internet

L'utilisateur peut accepter ou refuser les cookies au cas par cas ou bien les refuser systématiquement.

Il peut à tout moment choisir de désactiver ces cookies. Le navigateur de l'utilisateur peut également être paramétré pour lui signaler les cookies qui sont déposés dans son ordinateur et lui demander de les accepter ou pas. Pour en savoir plus sur les cookies installés et sur leur toxicité, nous invitons l'utilisateur à ajouter un outil de détection et contrôle de cookies à son navigateur.

En cas de refus de dépôt de cookie, l'utilisateur ne pourra peut-être pas consulter certains services ou informations sur le Site. Afin de gérer les cookies au plus près des attentes de l'utilisateur, nous l'invitons à paramétrer son navigateur en tenant compte de la finalité des cookies.

4. Protection des données personnelles

Les informations collectées durant votre souscription sont nécessaires afin de mener à bien votre souscription et d'effectuer des actes de gestion de vos contrats. Ces informations sont destinées à Kovers ainsi qu'à ses assureurs, gestionnaires ou prestataires, dans la limite nécessaire à l'exécution des tâches qui leur sont confiées, et sous réserve de votre consentement.

Conformément à la Loi Informatique et Libertés n° 78-17 du 6 janvier 1978 et du règlement général de Protection des données (RGPD) du 27 avril 2016, les données personnelles recueillies dans le cadre de ce contrat feront l'objet d'un traitement informatique dont la finalité est la gestion et l'exécution de votre contrat d'assurance, sous réserve d'avoir obtenu le consentement de l'adhérent.

Par ailleurs des traitements spécifiques, en fonction des dispositions législatives et réglementaires en vigueur, pourront également être mis en place dans le cadre de la lutte contre la fraude et la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme.

Les données personnelles sont conservées pendant une durée de 5 ans après la fin de la relation contractuelle.

En application de la législation en vigueur, vous pouvez exercer votre droit d'accès, de rectification et d'opposition concernant l'utilisation et le traitement de vos données personnelles en écrivant par voie postale ou par email au délégué à la protection des données à l'adresse suivante :

MGD-DPO : 15 Rue du Faubourg Montmartre - 75009 PARIS,

dpo@lamgd.com

ou auprès de QAPE Santé : Immeuble Burovert - ZA Les Hâtes du Vernoy - 89130 TOUCY

reclamation@kovers.fr

5. Réclamation relative au site de Kovers

L'utilisateur peut nous faire part de toute réclamation relative au Site :

QAPE

Immeuble Burovert - Z.A. Les Hâtes du Vernoy - 89130 TOUCY

Tél. +33 3 86 45 60 50

reclamation@kovers.fr

6. Différend

Dans l'hypothèse où la réclamation concerne la souscription d'un contrat que l'utilisateur a conclu, nous l'invitons à prendre contact avec souscription@kovers.fr.

7. Loi applicable

L'utilisation du Site et les présentes Conditions Générales d'Utilisation et de Vente sont soumises à la loi française, qui s'applique indépendamment du lieu du domicile de l'utilisateur et/ou du lieu de sa connexion Internet. Tout éventuel litige se rapportant à l'interprétation ou l'exécution des présentes Conditions Générales d'Utilisation et de Vente sera soumis à la compétence des tribunaux français compétents.

8. Informations relatives à la souscription

L'utilisateur est informé qu'en adhérant au contrat de complémentaire santé Kovers, il s'engage sur une durée minimale d'un an. Cet engagement est renouvelable à chaque échéance annuelle du contrat collectif des assurés. Conformément à la réglementation, chaque assuré reçoit un avis d'échéance pour le renouvellement de son adhésion. L'utilisateur du Site reconnaît avoir reçu sur ce Site, par courrier électronique et/ou par téléphone, les informations suivantes nous concernant :

Avant la souscription de tout contrat

- Notre dénomination sociale et notre adresse professionnelle,
- Notre numéro d'immatriculation au registre ORIAS et les moyens de vérifier celui-ci,
- Nos liens financiers avec des organismes d'assurance, s'ils existent,
- Si nous sommes contractuellement tenus de ne travailler qu'avec un ou plusieurs fournisseurs,
- Si nous travaillons dans les faits, avec un nombre restreint de fournisseurs, mais sans obligation contractuelle : nous tenons à la disposition de l'utilisateur du Site une liste desdits fournisseurs,
- Nous nous prévalons d'une analyse objective du marché et nous nous engageons sur l'examen d'un nombre de contrats suffisants afin de trouver la couverture la plus appropriée au cas de chaque utilisateur,
- Les procédures de recours et de réclamation dont l'utilisateur dispose.

Durant l'exécution du contrat.

Nous nous engageons au moment du renouvellement ou de la modification de votre contrat de tout changement affectant l'une des informations suivantes :

- Notre identité,
- Notre immatriculation à l'ORIAS,
- Les procédures de recours et de réclamation,
- Nos liens financiers avec un ou plusieurs organismes d'assurance, s'ils existent,
- Les modalités que nous appliquons pour exercer l'intermédiation (liens d'exclusivité, travail avec un nombre restreint d'intervenants, possibilité ou non de fonder ses conseils sur une analyse objective du marché).

9. Cotisation

Les cotisations et garanties de la Mutuelle Complémentaire Santé sont indexées sur le Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale (PMSS). Ceux-ci n'augmentent pas en fonction de votre âge, ni de votre état de santé. Le PMSS évolue à chaque 1er janvier pour suivre les évolutions des dépenses de santé. Son nouveau montant est généralement connu dans les deux mois précédents.

À noter : c'est la Loi de financement de la sécurité sociale qui décide du montant du PMSS en vigueur. Cette loi peut également faire évoluer le champ d'intervention en France des Mutuelles santé en complément de l'assurance maladie obligatoire de base (sécurité sociale). Dans l'hypothèse où cette évolution devait entraîner une augmentation du taux de cotisation de votre Mutuelle Santé, vous seriez alors libéré de vos obligations à l'égard du contrat et pourriez alors librement choisir de l'interrompre ou bien de le conserver.

10. Preuve du consentement

Dans le cadre des demandes de devis et des souscriptions réalisées sur le Site, il est expressément convenu que les enregistrements informatiques ou leur reproduction sur un support durable émanant de nos services constitue la preuve des échanges intervenus sur le Site.

Les informations recueillies sur le Site sont validées à la date de votre consultation.

Le contenu électronique des échanges intervenus, ainsi que les signatures électroniques et les documents émis peuvent être utilisés par nos services comme éléments de preuve de nos obligations respectives entre nous ou en Justice, conformément à l'article 1379 du Code Civil et aux dispositions du Code des Assurances.

Vous acceptez de recevoir par courrier électronique, à l'occasion d'une demande de devis ou d'une souscription en ligne, les documents contractuels constituant notre proposition d'assurance personnalisée, et, postérieurement à la conclusion du contrat, toute autre information relative à votre contrat.

Vous vous engagez par les présentes à nous informer par courrier ou courrier électronique de tout changement d'adresse postale ou électronique, et ce, sans délai suivant ce changement.

11. Comparatif

Les comparatifs des offres proposés sur le Site ou tout autre support digital ou physique ont été réalisés en toute neutralité, sur la base d'une analyse multi-critères qui prend en compte, notamment mais de manière non exhaustive, le tarif proposé par chaque assureur, les garanties couvertes, les exclusions de garanties, les montants de garanties et de franchise. Tous les comparatifs, qu'ils soient personnalisés ou qu'il s'agisse de cas-types,

produits ou publiés sur le Site ne sauraient engager notre responsabilité en cas d'erreur, d'omission, d'inexactitude ou d'obsolescence des informations présentées. L'utilisateur comprend et accepte que les informations et tarifs proposés par le Site ou tout autre support digital ou physique sont susceptibles de modifications par les professionnels de la mutuelle santé eux-mêmes et que les informations et tarifs mentionnés sur le Site peuvent par conséquent faire l'objet d'approximation, d'inexactitude ou d'erreur.

Les données utilisées afin d'établir les comparatifs sont celles qui vous sont communiquées pour faire votre choix de garanties et gérer votre contrat. Si ces informations sont insuffisantes pour restituer le montant du remboursement, cela ne saurait être imputable qu'à l'insuffisance des informations qui nous ont été communiquées, et non pas à nos services, ce que vous reconnaissez et acceptez par les présentes.

Vous reconnaissez et acceptez également que nos services ne s'engagent pas en lieu et place de l'assureur mais s'engagent à restituer l'information sur le montant des remboursements, telle que cette information nous a été communiquée.

12. Mandat de résiliation auprès du précédent organisme de complémentaire santé

L'utilisateur, en cochant la case « Bon pour mandat » et en signant les présentes Conditions Générales de Vente, donne mandat exclusif et à l'exclusion de tout autre intermédiaire, au gestionnaire de la marque Kovers Mutuelle Santé, Qape SAS ; dont le siège social est situé : ZA les Hâtes du Vernoy 89130 Toucy, société de courtage en assurances au capital social de 406 248€, inscrite au Registre du Commerce et des Sociétés d'Auxerre sous le numéro 819502154, et bénéficiant du numéro d'agrément ORIAS 16002647 ; en vue de procéder à la résiliation de sa mutuelle complémentaire santé en cours, entreprendre toute démarche nécessaire en vue de cette résiliation, prendre tout contact et procéder à toute formalité nécessaire à cette résiliation.

Ce mandat entre en vigueur dès lors que l'utilisateur (i) remplit les champs de renseignements demandés (le numéro de contrat, la date d'échéance de la mutuelle complémentaire santé en cours et les coordonnées de l'assureur actuel), et (ii) coche la case par laquelle il donne mandat, cette action valant signature électronique. Le présent mandat, à effet immédiat et exclusif, annule tous ceux qui auraient pu être donnés antérieurement. Ni Kovers ni Qape SAS ne peuvent être tenus responsables de toute omission, erreur ou inexactitude des informations transmises par l'utilisateur. De la même manière, ni Kovers ni Qape SAS ne peuvent pas être tenus responsables du délai de résiliation du contrat de mutuelle complémentaire santé actuel de l'utilisateur et de la date d'entrée en vigueur de la mutuelle complémentaire santé à venir.

13. Modification

Date de la dernière mise à jour des présentes Conditions Générales d'Utilisation et de Vente le 01 février 2019.



Page 17

- Complémentaire Santé
- Article 1. Objet de votre contrat
- Article 2. Définitions

Page 20

- Article 7. Cessation de l'adhésion
- Article 8. Faculté de renonciation
- Titre 2 – Dispositions afférentes aux garanties
- Article 9. Gestion des prestations
- Article 10. Descriptif des garanties Santé

Page 23

- Article 13. Règlement des prestations
- Article 14. Télétransmission

Page 25

- Titre 4 – Dispositions Générales
- Article 23. Prescription
- Article 24. Notice d'information
- Article 25. Preuve des opérations
- Article 26. Règlement des différends
- Article 27. Réclamation - Médiation
- Article 28. Autorité de contrôle
- Article 29. Droits d'accès à vos données personnelles (CNIL / RGPD)

Page 31

- Garantie Frais d'obsèques

Page 19

- Titre 1 – Adhésion et Affiliation
- Article 3. Adhésion
- Article 4. Durée et prise d'effet de l'adhésion
- Article 5. Modalités d'adhésion
- Article 6. Résiliation du contrat

Page 22

- Article 11. Contrat Responsable et Solidaire
- Article 12. Justificatifs pour la gestion des prestations

Page 24

- Article 15. Tiers Payant
- Article 14. Télétransmission
- Article 15. Tiers Payant
- Article 16. Prise en charge hospitalière
- Article 17. Maintien à titre individuel des garanties
- Article 18. Subrogation
- Article 19. Fausses déclarations
- Titre 3 – Dispositions afférentes aux cotisations
- Article 20. Montant et paiement des cotisations
- Article 21. Défaut de paiement des cotisations
- Article 22. Indexation et Révision tarifaire

Page 27

- Convention d'assistance

Complémentaire Santé

Notice d'information valant conditions générales

La Notice d'information valant Conditions Générales est un document qui définit les garanties, les limites et les exclusions ainsi que leurs modalités d'entrée en vigueur. Ce contrat est régi par le Code de la Mutualité.

KOVERS est une marque du contrat QAPE Santé, contrat d'assurance collectif "groupe ouvert" à adhésion individuelle facultative souscrit par l'Association de Santé Cœur de Puisaye (ASCP) auprès de la Mutuelle Générale de la Distribution (MGD), 15, rue du Faubourg Montmartre, 75009 PARIS. Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité et inscrite au répertoire SIRENE sous le n° 429 211 469.

Article 1. Objet de votre contrat

Le présent Contrat est un contrat d'assurance collective à adhésion facultative souscrit par l'association Santé Cœur de Puisaye auprès de la MGD au bénéfice de ses adhérents répondant aux critères d'adhésion tels que définis aux présentes Conditions Générales en vue de proposer des remboursements des frais de santé à ses adhérents répondant aux critères d'adhésion tels que définis à l'article 2 ci-après,

Ce contrat est régi par le Code de la mutualité, code dont relève la MGD. Toutefois, lorsque le contrat est coassuré par un organisme relevant d'un autre code, l'adhérent pourra faire application des règles du Code régissant cet organisme, si celles-ci lui sont plus favorables.

Ce contrat est également destiné aux membres participants tels que définis à l'article 2 ci-après. Il a pour objet, de compléter en tout ou partie les prestations en nature versées par le régime de base obligatoire dans le cadre des frais de santé exposés par le membre participants ou ses ayants droits lorsque ceux-ci répondent à la définition donnée à l'article 2.

Les garanties sont éligibles à la « Loi Madelin ». (Loi N°94-126 du 11 février 1994 relative à l'initiative et à l'entreprise individuelle et le décret N°94-775 du 5 Septembre 1994 modifiés et codifiés aux articles L144-1, R144-2 et R144-3 du Code des Assurances). Cette loi permet de déduire de leurs revenus imposables sous certaines conditions et limites, les cotisations versées dans le cadre de leur adhésion au contrat frais de santé.

Article 2. Définitions

Accident

Toute atteinte corporelle non intentionnelle dont est victime un Assuré et provenant de l'action soudaine et inattendue d'une cause extérieure.

Actif

Personne n'ayant pas liquidé ses droits à la retraite des régimes obligatoires, et toute personne en cumul emploi-retraite. Une personne porteuse d'un mandat électif local et bénéficiant d'une indemnisation à ce titre est considérée en situation de cumul emploi – retraite.

Adhérent

Si vous êtes un actif, un étudiant ou un retraité, sont assurées au titre du présent contrat les personnes appartenant à la catégorie mentionnée aux Conditions Particulières qui s'affilient de manière facultative pour elles-mêmes et leurs ayants droit.

Si vous êtes un TNS, les adhérents sont les travailleurs non-salariés ou mandataire social en activité, appartenant à la

catégorie indiquée aux conditions particulières du contrat.

Ayant-droit

Personne physique mineure ou majeure autre que l'adhérent, assuré au titre de ce contrat. Répondent à la définition d'ayants droit au titre du présent contrat lorsqu'ils y sont affiliés :

- son conjoint ou son concubin,
- son partenaire lié par un PACS,
- les enfants de l'adhérent, de son conjoint, de son concubin ou de son partenaire, répondant à l'une des conditions suivantes :
- les enfants âgés de moins de 28 ans poursuivant leurs études et immatriculés au régime de sécurité sociale des étudiants,
- les enfants en apprentissage ou en contrat de qualification percevant une rémunération inférieure à 50% du SMIC en vigueur,
- les enfants handicapés, titulaires de la carte d'invalidité d'au moins 80%, quel que soit leur âge,
- les enfants âgés de moins de 25 ans ayant terminés leurs études, inscrit à Pôle Emploi, à la recherche d'un premier emploi et percevant une allocation inférieure à 50 % du SMIC en vigueur,
- les enfants âgés de moins de 25 ans effectuant un stage

Attestation vitale

Document joint à la Carte Vitale permettant de justifier de ses droits au titre de l'assurance maladie. Cette attestation est à conserver et à présenter avec la Carte Vitale.

Base de remboursement (BR)

Tarif résultant des conventions entre les professionnels de santé et la Sécurité sociale. Ce tarif sert de base aux remboursements de la Sécurité sociale.

Bénéficiaire

L'adhérent du présent contrat et ses ayants droit, lorsque ces derniers sont couverts par le Contrat.

Concubin

Personne vivant en couple avec l'adhérent, de même sexe ou de sexe différent, dans le cadre d'une union de fait caractérisée par une vie commune présentant un caractère de stabilité et de continuité (article 515-8 du Code civil).

Conjoint

Personne liée par l'acte de mariage civil à l'adhérent non judiciairement séparée de corps et non divorcée.

Conditions particulières (certificat d'adhésion)

Document remis à l'Assuré en confirmation de sa souscription au présent Contrat et sur lequel sont

mentionnés, notamment, les garanties et leurs montants, la liste des Assurés, la date de prise d'effet du contrat, la cotisation correspondante et sa périodicité de règlement.

Cotisation

Somme versée à l'Assureur en contrepartie des garanties accordées au titre du présent Contrat d'assurance.

Dépassement d'honoraires

La partie des honoraires dépassant la base de remboursement du régime obligatoire d'assurance maladie et qui n'est jamais remboursée par ce dernier.

Exclusion

Ce qui n'est pas garanti par le Contrat d'assurance.

Franchise médicale

En vigueur depuis le 1er janvier 2008, c'est une somme d'argent qui est déduite par la Sécurité sociale de chacun des remboursements de l'assuré social (à l'exception des jeunes de moins de 18 ans, des bénéficiaires de la CMU complémentaire et de l'Aide médicale de l'État, des femmes enceintes durant toute la durée de la grossesse). Elle s'élève à :

- 0,50 euro par boîte de médicaments délivrés en ville ;
- 0,50 euro par acte par un auxiliaire médical en ville, sans pouvoir excéder :
 - 2 euros par jour ;
 - 2 euros par transport effectué en véhicule sanitaire hors urgence, sans pouvoir excéder 4 euros par jour.

Ces franchises sont décomptées dans la limite d'un plafond annuel qui ne pourra pas excéder 50 euros par personne.

Les franchises médicales ne sont pas prises en charge par le contrat.

Déchéance

Privation du droit aux indemnités prévues par le présent Contrat par suite du non-respect par l'Assuré des obligations qui lui sont imposées.

Date d'échéance

Date de renouvellement du contrat et date à partir de laquelle la cotisation est due pour l'année d'assurance à venir.

Date d'effet

Date à laquelle débute le contrat. Elle est indiquée sur les Conditions Particulières.

Gestionnaire

HELIUM : 4, rue Léon Patoux, CS 60007, 51686 REIMS Cedex 2.

Hospitalisation

Séjour d'une nuit au moins en qualité de patient prescrit par un médecin dans une clinique ou un hôpital public ou privé, dès lors que ce séjour a pour objet le traitement médical ou chirurgical d'une maladie, d'un accident ou d'une maternité.

Maladie

Toute altération de la santé non accidentelle, indépendante de la volonté du bénéficiaire, constatée par une autorité médicale compétente.

Médicament

Produit prescrit par un médecin et reconnu comme tel dans le pays de délivrance, ou reconnu, le cas échéant, dans l'un des Etats membres de l'Union Européenne. Pour être remboursés, les médicaments doivent être délivrés en pharmacie dans le pays où ils ont été prescrits.

Membre participant

Le travailleur indépendant ou mandataire social exerçant une activité non salariée non agricole (auto entrepreneurs, professions libérales, artistes, chefs d'entreprises non assimilés à des salariés au regard de la sécurité sociale ou assimilés mais ne percevant pas de rémunération) résidant sur le territoire métropolitain hors Corse, qui a adhéré, pour son compte ainsi que pour ses éventuels ayants droit, au présent contrat d'assurance collectif à adhésion facultative et qui déclare ses revenus à l'administration fiscale française.

Nullité du contrat

Mesure visée par la loi (article L. 221-14 du Code de la Mutualité) pour sanctionner le souscripteur ayant fait une fausse déclaration volontaire du risque, à la souscription du contrat ou en cours de contrat, dans l'intention de nous tromper. La garantie accordée est nulle.

Parcours de soins

Il s'agit du circuit que les patients doivent respecter pour être remboursés « normalement ». Il consiste à déclarer un médecin traitant auprès de l'assurance maladie obligatoire et à le consulter en priorité ou à consulter un médecin correspondant sur orientation de votre médecin traitant. Certains médecins spécialistes peuvent être consultés sans pour autant passer par le médecin traitant (gynécologues, ophtalmologues, stomatologues, psychiatres).

Partenaire PACS

Partenaire vivant sous le même toit que l'adhérent, et avec lequel il a conclu un Pacte Civil de Solidarité (PACS). Ce PACS peut être conclu par deux personnes physiques majeures, de sexe différent ou de même sexe pour organiser leur vie commune (article 515-1 du Code civil).

Porteur du risque assurance santé

La Mutuelle Générale de la Distribution (MGD), 15, rue du Faubourg Montmartre, 75009 PARIS. Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité et inscrite au répertoire SIRENE sous le n° 429 211 469.

Réduction des prestations

Mesure visée par la loi (article L. 221-15 du Code de la Mutualité) pour sanctionner l'adhérent ayant omis de nous déclarer tous les éléments du risque ou ayant fait une déclaration inexacte à la souscription du contrat ou en cours de contrat qui, en conséquence, ne nous a pas permis d'appliquer une cotisation adaptée. La prestation est alors réduite en proportion de la cotisation payée par rapport à la cotisation qui aurait été due si le souscripteur avait complètement et exactement déclaré le risque. Si la fausse déclaration non intentionnelle est constatée avant toute réalisation du risque, nous pouvons maintenir l'adhésion au contrat moyennant une augmentation de cotisation acceptée par l'adhérent.

Régime obligatoire

Le régime d'assurance maladie de Sécurité social français auprès duquel est obligatoirement affilié l'assuré.

Retraité

Personne ayant liquidé ses droits à la retraite des régimes obligatoires et ne bénéficiant pas du cumul emploi – retraite. Toute personne retraitée bénéficie des mêmes avantages que ce que prodigue la Loi Evin du 31 décembre 1989 aux anciens salariés.

Sinistre

L'événement, la maladie ou l'accident, mettant en jeu la garantie, alors que le contrat est en vigueur.

Souscripteur

La personne signant le contrat et désignée aux Conditions Particulières.

Ticket modérateur

Différence entre les tarifs de base pris en compte par le régime obligatoire et le remboursement effectué par ce dernier.

Titre 1 – Adhésion et Affiliation

Article 3. Adhésion

Les adhérents remplissent un bulletin d'adhésion afin de pouvoir bénéficier des garanties du présent contrat. La MGD se réserve le droit, à tout moment, de demander à l'adhérent de lui adresser les justificatifs de la qualité de bénéficiaire, telle que définie ci-avant, des personnes couvertes par son adhésion.

La souscription se matérialise par la signature, en deux exemplaires, des conditions particulières du présent contrat. Le souscripteur reçoit l'un des exemplaires signés, un exemplaire de la notice d'information valant conditions générales ainsi que les statuts de la MGD.

Si vous êtes un Membre participant, l'adhésion au présent contrat est réputée facultative au sens de l'article 3 de la loi 89.1009 du 31 décembre 1989. Elle est valable jusqu'à 67 ans inclus

Article 4. Durée et prise d'effet de l'adhésion

La durée du contrat KOVERS est de douze (12) mois. Cette durée est précisée dans les Conditions Particulières.

Le contrat prend effet à la date indiquée aux Conditions Particulières. Il est souscrit par le Bénéficiaire désigné aux Conditions Particulières, dénommé ci-après le « Souscripteur », pour une période se terminant le 31 décembre de l'année en cours.

Le contrat d'adhésion est souscrit pour une période se terminant le 31 décembre de l'année en cours, et se renouvelle à effet du 1er janvier, par tacite reconduction, sauf résiliation par l'adhérent exprimée **au moins deux (2) mois** avant cette date, par lettre recommandée avec accusé de réception.

Article 5. Modalités d'adhésion

Les pièces justificatives suivantes doivent être fournies :

Au moment de l'adhésion au contrat et à l'inscription des ayants droits de celui-ci :

- le bulletin individuel d'adhésion dûment complété et signé, une copie de l'attestation Vitale, ainsi que celle(s) des ayants droit à assurer,
- pour les étudiants à inscrire, un certificat de scolarité de l'année en cours,
- pour les apprentis et personnes en contrat de qualification, une copie du contrat d'apprentissage, de qualification ou d'orientation et bulletins de salaire,
- pour les enfants handicapés à inscrire, une copie de leur carte d'invalidité civile,
- pour les primo demandeurs d'emploi, un justificatif du pôle emploi attestant de leur situation,
- pour les stagiaires, une copie de la convention de stage.

À la date de renouvellement de l'adhésion

- une copie de l'attestation Vitale, ainsi que celle(s) des ayants droit inscrits,
- pour les étudiants inscrits, un certificat de scolarité de l'année en cours,
- pour les apprentis et personnes en contrat de qualification, une copie du contrat d'apprentissage, de qualification ou d'orientation et bulletins de salaire,
- pour les enfants handicapés inscrits, une copie de leur carte d'invalidité civile,

- pour les primo demandeurs d'emploi, un justificatif du pôle emploi attestant de leur situation,
- pour les stagiaires, une copie de la convention de stage.

En cas de modification de situation

- en cas de mariage, de naissance ou d'adoption, une photocopie du livret de famille ou de l'acte de mariage, de naissance ou d'adoption,
- en cas de concubinage, une attestation sur l'honneur attestant de l'union de fait caractérisée par la vie commune stable et continue,
- en cas de signature d'un Pacte Civil de Solidarité, une photocopie du contrat de PACS,
- en cas de décès, un extrait de l'acte de décès.

L'adhérent s'engage à informer la MGD de tout changement de domicile ou de Caisse Primaire d'Assurance Maladie le concernant lui et/ou ses ayants droit inscrits au Contrat. Pour ce faire, il doit produire **dans les trois (3) mois** qui suivent ce changement, une copie de sa nouvelle attestation Vitale, ainsi que celle(s) de ses ayants droit assurés affectés par ce changement.

Les documents sont à adresser dans tous les cas au gestionnaire **HELIUM** :

HELIUM
Service Gestion Assuré
4, rue Léon Patoux - CS 60007
51686 REIMS Cedex 2
helium@helium.fr

Espace Assuré: <https://helium.gestion-sante.com>

Article 6. Résiliation du contrat

Le contrat peut être résilié :

Par l'Adhérent

- À chaque échéance principale soit au 31 décembre de chaque année, moyennant le respect d'un **préavis de deux (2) mois**. La résiliation du contrat n'est recevable que si l'adhésion a couru au moins 12 mois à compter de la date d'effet du contrat.
- En cas d'augmentation du taux de cotisation suite à un changement dans la législation de l'Assurance Maladie.

Par l'Assureur

- En cas de non-paiement de tout ou partie de la Cotisation (Article 221-8 du Code de la Mutualité),
- En cas de refus par l'Adhérent des nouvelles conditions tarifaires applicables au contrat,
- En cas de fausses déclarations, d'omission ou d'inexactitude dans la déclaration du risque à la souscription ou en cours de contrat (Article L221-14 et L.221-15 du Code de la Mutualité).

Par l'Adhérent ou l'Assureur :

En cas de survenance d'un des événements suivants et lorsque les risques garantis sont en relation directe avec la situation antérieure et ne se retrouvent pas dans la situation nouvelle (L.221-17 du Code de la Mutualité) :

- Changement de domicile,
 - Changement de situation matrimoniale ou de régime matrimonial,
 - Changement de profession, retraite professionnelle, ou cessation définitive d'activité professionnelle.
- La résiliation doit faire l'objet d'une notification dans le délai de **trois (3) mois** suivant l'événement qui la motive.
- De plein droit
- En cas de retrait de l'agrément de la MGD, dans les conditions prévues aux articles R.211-2 du Code de la Mutualité,
 - En cas de décès de l'Adhérent.

La résiliation par un adhérent s'entend pour l'ensemble des bénéficiaires de la garantie relevant de ce dernier.

Modalités de résiliation

L'Assuré peut résilier le contrat en envoyant une lettre recommandée avec avis de réception à l'adresse suivante :

HELIUM
Service Gestion Assuré
4, rue Léon Patoux - CS 60007
51686 REIMS Cedex 2

Article 7. Cessation de l'adhésion

Pour tout adhérent et ses éventuels ayants droit, la garantie cesse d'être accordée à l'expiration du mois au cours duquel prend fin l'adhésion qui lie l'adhérent au souscripteur.

En tout état de cause, la garantie cesse d'être accordée en cas de résiliation du présent contrat à l'adhérent et à ses ayants droits.

Article 8. Faculté de renonciation

Droit de renonciation en cas de souscription à distance (Article L221-18 du Code de la Mutualité) ou en cas de souscription suite à démarchage (Articles L. 222-1 et suivants du Code de la Consommation).

Si, pour quelque raison que ce soit, le présent contrat ne donne pas satisfaction à l'Assuré, celui-ci peut contacter HELIUM dans les Quatorze (14) jours suivant la réception des présentes Conditions Générales et du certificat d'assurance et l'Assureur procédera à sa résiliation.

Et dans tous les cas de souscription, l'Assuré a la faculté de renoncer à son adhésion par l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception pendant un délai de 30 jours suivant l'adhésion.

Pour renoncer à son contrat, l'Assuré peut utiliser le modèle de lettre suivant à adresser par voie recommandée avec accusé de réception

« Je soussigné demeurant à déclare renoncer à mon contrat « » n° et vous prie de bien vouloir me rembourser l'intégralité des sommes versées dans un délai maximum de quatorze jours (14) jours, à compter de la réception de la présente lettre. Fait le Signature

Dans un tel cas, le contrat n'aura fourni aucune garantie et toute prime versée sera remboursée, à condition qu'aucun sinistre n'ait été déclaré ou réglé.

Titre 2 – Dispositions afférentes aux garanties

Article 9. Gestion des prestations

L'assuré doit déclarer au gestionnaire Santé de son contrat tout sinistre de nature à entraîner la mise en œuvre des garanties du contrat, toute information pour la vie de votre contrat (demande de remboursement, analyse de devis, prise en charge...)

HELIUM
Service Gestion Assuré
4, rue Léon Patoux - CS 60007
51686 REIMS Cedex 2

helium@helium.fr

Espace Assuré : <https://helium.gestion-sante.com>

La Mutuelle se réserve à tout moment la possibilité de faire exécuter par un médecin expert désigné par lui, tout contrôle de l'Assuré pour l'ouverture des prestations ou leur poursuite. Le service des prestations pourra être refusé ou suspendu si l'assuré refuse de s'y soumettre ou de fournir les pièces justificatives demandées par l'Assureur, sauf cas fortuit ou de force majeure dont l'assuré apporterait la preuve.

Article 10. Descriptif des garanties Santé

Dans les conditions et limites de la formule de garanties

choisie, sont couverts, sauf stipulations contraires dans les Conditions Particulières, tous les actes et frais courants sur la période garantie ayant fait l'objet d'un remboursement et d'un décompte individualisé du régime de base de la Sécurité Sociale au titre de la maladie, accident et maternité.

En principe, ne peuvent donner lieu à prestation que les frais engagés pour des soins donnés par un chirurgien, un praticien qualifié ou un dentiste et sur prescription écrite de l'un d'eux, dans les conditions prévues par le régime de base obligatoire.

Conformément aux dispositions de l'article 9 de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989 et de l'article L. 224-8 du Code de la mutualité, les remboursements ou les indemnisations des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge de l'adhérent après les remboursements de toute nature auxquels il a droit et avant la 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.

Les demandes de prestations doivent, sous peine de déchéance, être adressées au gestionnaire Santé dans les 2 ans suivant la date des soins, de naissance ou d'adoption.

L'adhérent qui fournit intentionnellement de faux renseignements ou use de documents falsifiés ou dénaturés lors d'une demande de règlement, perd tout droit aux garanties pour ledit règlement et sera tenu de rembourser les prestations indûment perçues.

Les prestations complémentaires sont limitées aux frais réels dûment justifiés et restant à charge de l'adhérent, après intervention du régime base, et/ou d'éventuels organismes complémentaires.

Sont pris en charge, dans les conditions fixées aux Conditions Particulières du contrat :

1. au titre des honoraires de praticiens conventionnés :

- les consultations de généraliste et spécialiste,,
- les consultations d'auxiliaires médicaux,
- les visites au domicile,
- la petite chirurgie.

2. les actes de radiologie et d'analyses médicales

3. les frais pharmaceutiques

4. au titre des soins dentaires et paramédicaux :

- les soins dentaires
- les prothèses dentaires définitives inscrites à la nomenclature (acceptées et refusées hors prothèses dentaires provisoires)
- l'orthodontie acceptée (par semestre)
- l'appareillage

5. au titre des frais optiques :

- les verres, montures
- les lentilles non jetables (acceptées ou refusées)
- les lentilles jetables

6. au titre des interventions chirurgicales :

- les frais d'opération,
- les frais d'hospitalisation chirurgicale d'au moins 24 heures,
- les dépassements d'honoraires

7. au titre de l'hospitalisation médicale :

- l'interruption volontaire de grossesse,
- les frais de transport en ambulance du malade
- les séjours en:
 - hôpital, clinique médicale, médicochirurgicale ou obstétricale,
 - sanatorium, préventorium, aérium,
 - établissement psychiatrique dans lequel le séjour est motivé par un traitement curatif (indemnisation limitée à 30 jours par séjour),
 - maison d'enfant à caractère sanitaire, l'indemnisation étant limitée à 30 jours par séjour,
 - maisons de convalescence, pour les seuls séjours consécutifs à une hospitalisation de plus de 30 jours ou à une intervention chirurgicale dont le coefficient est supérieur à 50 (hors anesthésie),
 - établissements médicaux spécialisés à l'exception des établissements de postcure, des centres de rééducation professionnelle, d'aide par le travail et de thalassothérapie, des stations thermales.

8. au titre d'un séjour en établissement hospitalier :

- les frais d'hospitalisation avec ou sans hébergement,
- le forfait journalier prévu à l'article L.174-4 du code de la sécurité sociale, sans limitation de durée,
- les suppléments de tarif appliqués par l'établissement pour chambre seule, à l'exclusion des frais à caractère personnel tels que journaux, télévision, téléphone, etc.
- les frais d'accompagnement engagés par la personne dont la présence auprès de l'enfant assuré de moins de 12 ans a été reconnue nécessaire par certificat médical ; sont remboursés les indemnités de lit et de repas (maximum 30 jours par an).

9. au titre d'une naissance ou de l'adoption d'un enfant de moins de 12 ans

Lorsque la garantie est proposée, une indemnité forfaitaire dont le montant est fixé aux conditions particulières du contrat sera versée en cas de naissance ou d'adoption d'un enfant de moins de 12 ans. Un justificatif de naissance ou d'adoption devra alors être produit.

Cette indemnité ne peut être versée que si l'adhérent a choisi la formule de cotisation « famille ». L'adhérent ayant choisi de cotiser en formule isolé ne bénéficie pas de cette garantie. Toutefois, lorsqu'il s'agit de la naissance ou de l'adoption du premier enfant de l'adhérent, cette indemnité pourra être versée si l'enfant est affilié au contrat dans le mois qui suit la naissance ou l'adoption.

10. les frais de cure thermique

Ouvrent droit, s'ils sont pris en charge par la Sécurité Sociale, à une indemnité fixée aux conditions particulières dans la limite des frais exposés.

Le versement de cette indemnité est exclusif de tout autre remboursement pour les frais liés à la cure et exposés durant celle-ci et intervient dans la limite des frais réellement engagés par le bénéficiaire sur présentation des justificatifs de paiement, sauf dispositions spécifiques prévues aux conditions particulières du contrat.

Les indemnités sont exprimées aux conditions particulières en pourcentage du salaire ou en fonction du plafond mensuel de Sécurité Sociale, en vigueur au 1er janvier d'un exercice d'assurance.

11. Descriptif du service e-Santé

Les services e-santé sont intégrés dans la garantie que

vous avez souscrite, en illimité, 24h/24, 7j/7 en France ou à l'étranger.

Pré-diagnostic (Service CheckUp)

Check-up utilise les dispositifs de pré-diagnostic mis en œuvre auprès des services urgentistes. Il vous permet de réaliser un pré-diagnostic rapide en toute autonomie. Il est par ailleurs précisé que le Service Check-up n'a pas pour objet d'établir des diagnostics et ne saurait en aucun cas se substituer à un examen médical et/ou à l'avis d'un médecin.

Téléconsultation (Service MyDoc)

Plateforme de téléconseil accessible depuis l'application *Kovers e-santé* et au 01.55.92.22.80. à tout moment et partout dans le monde, vous avez l'accès à une consultation à distance avec un médecin urgentiste agréé par l'ordre des médecins et par la sécurité sociale, Centre d'Appel Médicalisé H2AD.

La consultation est réalisée dans le respect absolu de la confidentialité de vos données et du secret médical. Le médecin pourra à l'issue de cette consultation établir une prescription médicale ou organiser pour vous, en tant que médecin urgentiste, une consultation de spécialiste ou votre prise en charge à l'hôpital.

Santé connectée recommandée par un professionnel de santé

Service exclusif avec une prise en charge des objets de santé connectés prescrits par votre professionnel de santé (pour la prévention, le diagnostic ou le suivi et le traitement d'une pathologie). Vous avez accès aux dispositifs médicaux de santé connectée Bewell Connect. Ces dispositifs médicaux peuvent être reliés à votre médecin.

Vous bénéficiez d'une réduction tarifaire en tant qu'adhérent Kovers. Les dispositifs médicaux prescrits par votre médecin sont remboursables par votre contrat Santé avec la garantie santé connectée prescrite.

Pour plus d'information, <https://bewell-connect.com/>

12. Exclusions

Pendant la période de garantie, les exclusions et les limitations de garanties ne s'appliquent pas lorsqu'elles ont pour effet d'empêcher les prises en charge minimales prévues à l'article R. 871-2 du Code de la Sécurité Sociale.

Sauf indication contraire aux Conditions Particulières, ne donnent pas lieu à remboursement :

1. Les frais de soins :

- Engagés avant la date d'effet garantie ou après la cessation de celle-ci. La date de prise en considération dans tous les cas, est celle figurant sur les décomptes de la Sécurité Sociale ;
- Déclarés après un délai de deux ans suivant la date des soins pratiqués ;
- Engagés hors de France. Si la caisse de Sécurité Sociale à laquelle l'adhérent est affilié prend en charge les frais engagés hors de France, ceux-ci seront pris en charge par la MGD sur la base de remboursement utilisé par la Sécurité Sociale et selon les garanties prévues au contrat ;
- Non remboursés par les régimes de base de la Sécurité Sociale ;
- Ne figurant pas à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels ou à la Classification Commune des Actes médicaux, et même s'ils ont fait l'objet d'une notification de refus ou d'un remboursement nul par le régime base ;
- Les frais de chirurgie esthétique, à l'exception de la chirurgie réparatrice prise en charge par la sécurité sociale, sous réserve d'une demande préalable formulée à la MGD et accompagnée du compte rendu pré-opératoire établi par le chirurgien plasticien.

2. Les participations forfaitaires et les franchises restant à la charge de l'adhérent prévues à l'article L. 322-2 du Code de la Sécurité Sociale.

3. La majoration de participation prévue aux articles L.162-5-3 et L. 161-36-2 du Code de la Sécurité Sociale.

4. Les dépassements d'honoraires sur les actes cliniques et techniques pris en application de l'article L. 162-5 du Code de la Sécurité Sociale.

5. De manière générale tout autre acte, prestation, majoration ou dépassement d'honoraires dont la prise en charge serait exclue par l'article L. 871-1 du Code de la sécurité sociale et par ses textes d'application.

13. Limitations de garanties

Pour les frais consécutifs à des actes dont la cotation n'est pas conforme à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels ou à la Classification Commune des Actes médicaux, le remboursement est limité à la cotation définie par cette nomenclature ou cette classification.

Pour les frais consécutifs à des actes dont les dépassements d'honoraires ne sont pas autorisés par les conventions nationales signées entre les régimes de base et les représentants des praticiens ou dans les cas où ces dépassements ne correspondent pas aux conditions conventionnelles, le remboursement est limité à la base de remboursement utilisé par la Sécurité Sociale.

Les interdictions et obligations de couverture énumérées ci-dessus revêtent un caractère indicatif à la date de signature du contrat ; elles peuvent par la suite être modifiées pour demeurer en tous points conformes aux dispositions de l'article L 871-1 du Code de la Sécurité Sociale et de ses décrets d'application.

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

Article 11. Contrat Responsable et Solidaire

Le contrat respecte l'ensemble des conditions posées par les pouvoirs publics pour répondre à la définition de contrat « solidaire » et de contrat « responsable ».

Par contrat « solidaire », on entend un contrat d'assurance complémentaire santé pour lequel aucun questionnaire médical n'est demandé aux assurés ni lors de la souscription, ni en cours de contrat et dont les cotisations ne sont pas fixées en fonction de l'état de santé des personnes assurées.

Par contrat « responsable », on entend un contrat d'assurance complémentaire santé qui répond à l'ensemble des conditions mentionnées aux articles L. 871-1 et R. 871-1 et R. 871-2 du Code de la Sécurité Sociale, à ses textes réglementaires d'application et aux garanties minimales prévues par l'article L.911-7 du Code de la Sécurité sociale.

Interdiction de prise en charge :

Le contrat ne peut pas prendre en charge la majoration du ticket modérateur de la Sécurité sociale en cas de non-respect du parcours de soins, prévue à l'article L. 162-5-3 du Code de la Sécurité sociale ;

Le contrat ne peut pas prendre en charge la contribution forfaitaire et la franchise médicale prévues au II et III des articles L. 160-13 et L 322-2 du Code de la Sécurité sociale ; Le contrat doit laisser à la charge des assurés une part forfaitaire sur le dépassement d'honoraires des spécialistes consultés en dehors du parcours de soins, prévue au point 18 de l'article L. 162-5 du Code de la Sécurité sociale.

Règles de prise en charge

Le contrat doit prendre en charge le ticket modérateur pour tous les actes prévus à l'article R. 160-5 du Code de la Sécurité sociale, **à l'exclusion des médicaments remboursés par l'assurance maladie, à hauteur de 30 % ou 15 % du tarif de la Sécurité sociale, de l'homéopathie et des cures thermale ;**

Le contrat doit prendre en charge, sans limitation de durée, l'intégralité du forfait journalier hospitalier mentionné à l'article L. 174-4 du Code de la Sécurité sociale (sauf en établissements médico-sociaux) ;

Le contrat doit prévoir un encadrement des dépassements d'honoraires quand ils sont prévus dans le contrat et dans le respect des conditions prévues au 2° de l'article R.871-2 du Code de la Sécurité sociale :

- Le contrat doit respecter un plafond et un plancher de remboursement sur les frais d'optique ;
- Le contrat doit respecter le plafond prévu en cas des dépassements d'honoraires pratiqués par les médecins libéraux n'ayant pas souscrit à l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM et OPTAM-CO), anciennement libellé contrat d'accès aux soins (CAS).

Sont donc pris en charge

- l'intégralité de la participation des adhérents (ticket modérateur) sur les tarifs servant de base à la prise en charge par l'assurance maladie obligatoire pour l'ensemble des dépenses de santé remboursées par cette dernière, notamment :
- les consultations et les actes réalisés par les professionnels de santé,
- les soins dentaires,
- les frais d'acquisition des équipements d'optique médicale (verres et monture),
- les frais d'hospitalisation avec ou sans hébergement
- le forfait journalier des établissements hospitaliers prévu à l'article L.174-4 du code de la sécurité sociale, sans limitation de durée. Et si ces garanties sont prévues au contrat prise en charge,
- des dépassements tarifaires des médecins dans le respect des conditions prévues au 2° de l'article R.871-2 du Code de la Sécurité sociale,
- des frais exposés par l'adhérent en sus des tarifs de responsabilité pour l'acquisition des dispositifs médicaux d'optique médicale à usage individuel soumis au remboursement, des dépenses d'acquisition de ces dispositifs, à hauteur des minima et dans la limite des maxima, incluant la participation des adhérents, fixés au 3° de l'article R871-2 du Code de la Sécurité Sociale.

Les garanties de votre contrat sont conformes avec ces dispositions. En cas d'évolutions législatives et réglementaires effectuées dans ce cadre, les garanties du contrat seront mises en conformité après information préalable, sauf refus exprimé de votre part (article L. 112-3 alinéa 5 du Code des assurances).

Article 12. Justificatifs pour la gestion des prestations

Contactez le gestionnaire Santé pour la gestion de votre dossier Santé, pour toute information et toute demande de remboursement, analyse de devis ou de prise en charge :

HELIUM
Service Gestion des Assurés
4, rue Léon Patoux - CS 60007
51686 REIMS Cedex 2
mail : helium@helium.fr
espace assurés : helium.gestion-sante.com

Pour les cas particuliers cités ci-dessous ou à défaut de

télétransmission, faire parvenir au service Gestion des Assurés les documents suivants :

- Les notes d'honoraires et les factures des frais prescrits acquittés,
- Le ticket modérateur : document officiel attestant le paiement de la part complémentaire, indiquant l'acte pratiqué, les noms, prénoms et numéro de Sécurité Sociale du bénéficiaire des soins ; en matière de frais pharmaceutiques, la facture subrogatoire doit être produite,
- Pour une consultation d'un praticien du secteur non conventionné, la facture et le décompte de l'assurance Maladie,
- Pour une hospitalisation médicale et/ou chirurgicale, l'original ou copie de la facture acquittée et/ou le volet de facturation E 615 précisant le bénéficiaire, la nature des soins, le coefficient et le montant des honoraires payés et déclarés à la Sécurité Sociale,
- Pour un « dépassement d'honoraires » en séjour hospitalier privé ou en clinique privé, la facture acquittée,
- Pour l'optique, la facture acquittée et datée précisant le bénéficiaire, les codes LPPR, le coût de la monture, de chaque verre ou lentille, la prescription médicale pour les lentilles hors LPP et le détail des traitements divers,
- Pour les prothèses dentaires, l'original ou copie de la facture des soins bucco-dentaires acquittée et datée précisant le bénéficiaire, le numéro et le coefficient nomenclaturé des dents traitées et le coût de chaque élément,
- Pour du dentaire, le devis accepté et la facture acquittée,
- Pour une consultation en médecine douce (ostéopathe, acupuncture... **liste complète dans le tableau de garantie**), la note d'honoraires du praticien disposant des diplômes reconnus légalement nécessaires à l'exercice de la discipline concernée,
- Pour la prise en charge des vaccins, la prescription médicale (sauf pour le vaccin grippal) et la facture acquittée du pharmacien,
- Pour une densitométrie osseuse, la prescription médicale et la facture acquittée,
- Pour une chirurgie de la myopie, la note d'honoraires et la facture acquittée,
- Pour une Fécondation In Vitro / Périurale, la note d'honoraires et la facture acquittée,
- Pour les prothèses et l'appareillage, la facture acquittée,
- Pour les médicaments prescrits non remboursés, la prescription médicale et la facture acquittée,
- Pour le forfait maternité, un extrait d'acte de naissance,
- En cas d'adoption, un extrait d'acte de naissance comportant la mention d'adoption ou dans l'attente du jugement d'adoption et l'attestation des services de l'enfance et de la famille du Conseil Général du département,
- Pour le forfait obsèques, la facture acquittée indiquant les coordonnées de la personne qui a assumé les frais,
- Pour les actes de prévention, la prescription et la facture acquittée,
- Pour le remboursement de frais de soins d'origine accidentelle, toutes les pièces justificatives afin de procéder en particulier au recouvrement des sommes réglées par la MGD auprès de l'éventuel tiers responsable (copie de procès-verbal, attestations de témoins, coupures de journaux...),
- Pour les cures thermales, la facture de l'établissement, la facture des frais d'hébergement et les factures des frais de transport.

La prise en charge des frais inhérents à des séjours en établissement neuropsychiatrique est limitée par année civile et fait l'objet d'un règlement sur la base du remboursement utilisé par le régime de la Sécurité Sociale.

En cas de consultation d'un praticien du secteur non conventionné, l'adhérent doit transmettre au gestionnaire

Santé une facture détaillée établie par son médecin, et en l'absence de télétransmission par les organismes de base, le décompte, pour que l'indemnisation soit faite sur la base de la garantie prévue pour les actes conventionnés.

Pour les actes ou postes de garantie exprimés sous la forme d'un crédit annuel ou d'un forfait, le crédit annuel ou le forfait correspond au montant maximum d'indemnisation, dans la limite des frais engagés.

En sus de la télétransmission, des pièces complémentaires, détaillées ci-avant, sont nécessaires pour les actes suivants : optique, dentaire, hospitalisation et orthodontie. Elles doivent être envoyées au gestionnaire Santé par l'adhérent pour le règlement des prestations afférentes.

Pour l'ensemble des prestations fournies, seuls les frais réels engagés, figurant sur les décomptes Sécurité Sociale ou sur l'original des factures détaillées des praticiens et des professionnels de santé, des établissements hospitaliers ou des cliniques, seront pris en compte pour les remboursements.

Les factures détaillées devront notamment comporter le cachet du médecin avec son numéro d'identification ainsi que le montant des frais engagés détaillé par acte, le libellé de l'acte correspondant au code de regroupement destiné aux organismes complémentaires, son prix unitaire tel que défini par la CCAM et la base de remboursement Sécurité Sociale.

Article 13. Règlement des prestations

Le règlement des prestations est fondé, au choix de l'adhérent :

- Soit sur des décomptes originaux (dans leur version papier adressée par voie postale ou dans leur version électronique issue du site AMELI) du régime obligatoire, si les liaisons par télétransmission (NOEMIE) ne sont pas opérationnelles ou si, après en avoir informé le Service Gestion par courrier, l'adhérent ne souhaite pas bénéficier de ce service,
- Soit sur des informations de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie, sans que de l'adhérent ait à envoyer ses décomptes du régime général et ceux de ses ayants droit, si les liaisons entre les caisses gérant le régime obligatoire et la MGD se font par télétransmission (NOEMIE).
- Soit sur les décomptes (dans leur version papier adressée par voie postale ou dans leur version électronique issue du site internet de l'organisme) fournis par le premier organisme assureur complémentaire de l'adhérent, le cas échéant.

Les prestations sont réglées par lettre chèque ou par virement bancaire sur le compte de l'adhérent, L'adhérent bénéficiera du tiers payant, afin de permettre le remboursement direct de la partie complémentaire au professionnel de santé, après accord de ce dernier.

Article 14. Télétransmission

Dans les départements où nous avons signé un accord avec votre caisse d'assurance maladie, nous vous faisons bénéficier d'un système simplifié de remboursement de vos dépenses.

Directement reliés aux services informatiques des différentes caisses, nous ferons un traitement simultané du calcul de notre participation au remboursement des frais exposés et effectuerons le paiement correspondant.

Ainsi, vous n'aurez pas à nous transmettre le décompte des prestations du régime obligatoire.

Si vous ne bénéficiez pas de cette possibilité, le règlement de notre participation s'effectuera alors selon la procédure classique.

Article 15. Tiers Payant

Chaque adhérent complète un bulletin d'adhésion. Il lui est remis une Carte de Tiers Payant qui lui permet de ne pas faire d'avance de fond. Le remboursement direct de la partie complémentaire sera versé au professionnel de santé, après accord de ce dernier.

Cette carte de Tiers Payant reste la propriété de la Mutuelle et elle demandera la restitution de la carte en cas de départ de l'adhérent (démission, licenciement, retraite...) ou résiliation du contrat.

Le souscripteur devra restituer les sommes payées par la Mutuelle, relatives à des soins postérieurs à la cessation des garanties, dans la mesure où il n'aura pas respecté son obligation précitée.

Article 16. Prise en charge hospitalière

En cas d'hospitalisation dans un établissement conventionné, le gestionnaire Santé vous délivre un « accord de prise en charge » garantissant le paiement des frais médicaux et chirurgicaux, et selon la garantie, la chambre particulière et un forfait journalier laissés à la charge de l'adhérent dans la limite des garanties.

Article 17. Maintien à titre individuel des garanties

En vertu de l'article 4 de la loi Evin n°89-1009 du 31 Décembre 1989, un maintien individuel des garanties frais de santé est proposé

- au profit des anciens adhérents bénéficiant d'une rente d'incapacité ou d'invalidité, d'une pension de retraite ou s'ils sont privés d'emploi d'un revenu de remplacement, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les six mois qui suivent la rupture de leur contrat de travail, Dans cette hypothèse, le seul adhérent bénéficie des conditions du dispositif de maintien, et non ses ayants droit.

- au profit des ayants droit de l'adhérent décédé, pendant une durée minimale de 12 mois sous réserve qu'ils en fassent la demande dans un délai de six mois suivant le décès de l'adhérent.

Les nouvelles garanties et les conditions tarifaires font l'objet d'un nouveau Contrat, soumis à la signature d'un bulletin d'adhésion individuel par l'adhérent. Les nouvelles garanties prendront effet, au plus tôt, au lendemain de la demande. Les garanties entrant dans ce champ sont de nature identique aux garanties anciennement offertes à l'adhérent, mais s'accompagnent d'une majoration de la cotisation conformément aux dispositions en vigueur à la date de l'adhésion.

Les garanties sont maintenues sans condition de période probatoire ni d'examen médical ou de questionnaires médicaux.

Article 18. Subrogation

Conformément à l'article L 224-9 du code de la mutualité, pour le paiement des prestations à caractère indemnitaire, la MGD est subrogée de plein droit à l'adhérent, lorsqu'il est couvert, victime d'un accident, dans son action contre le tiers responsable, que la responsabilité du tiers soit entière ou partagée.

Cette subrogation s'exerce dans la limite des dépenses que la MGD a exposées à due concurrence de la part d'indemnités mises à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de l'adhérent ou de son ayant droit, lorsqu'il est couvert.

Article 19. Fausses déclarations

Les fausses déclarations intentionnelles entraînent la nullité des garanties et prestations, les cotisations acquittées demeurant acquises à la MGD.

Lorsque les informations communiquées ne sont pas sincères, vous vous exposez à des sanctions prévues par

le Code de la Mutualité :

- en cas de mauvaise foi : nullité de la garantie (article L. 221-14 du Code de la Mutualité). **Mesure pour sanctionner le souscripteur ayant fait une fausse déclaration volontaire du risque, à la souscription du contrat ou en cours de contrat, dans l'intention de nous tromper. La garantie accordée est nulle.**

- lorsque la mauvaise foi n'est pas établie : **réduction des prestations ou complément de cotisation si la fausse déclaration a été identifiée avant l'engagement des frais de santé (article L. 221-15 du Code de la Mutualité). La résiliation du contrat motivée par une réticence ou une inexactitude dans la déclaration du risque n'implique pas renonciation de notre part à nous prévaloir des sanctions visées ci-dessus.**

Titre 3 – Dispositions afférentes aux cotisations

Article 20. Montant et paiement des cotisations

La tarification du contrat est établie sur la base de la législation de l'Assurance Maladie et de la Réglementation Fiscale et Sociale en vigueur au moment de sa conclusion.

Les cotisations et garanties du produit Kovers sont en effet indexées sur le Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale (PMSS). Ceux-ci n'augmentent pas en fonction de votre âge, ni de votre état de santé. Le PMSS évolue à chaque 1er janvier pour suivre les évolutions des dépenses de santé.

Les cotisations sont annuelles. Elles font l'objet d'un appel auprès de l'Adhérent ou du Souscripteur.

La cotisation de chaque adhérent (et de ses éventuels ayants droit), dont le montant, modalités de paiement et fréquence des cotisations et leurs appels sont précisées aux conditions particulières du contrat, peut être individuelle ou familiale et est exprimée en euros ou en pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale. Si la cotisation est prélevée directement au Souscripteur, ce dernier est responsable du paiement des cotisations. Elle ne peut être fixée en fonction de critères relatifs à l'état de santé.

Article 21. Défaut de paiement des cotisations

Pour percevoir leurs prestations, les bénéficiaires doivent être à jour de leurs cotisations.

En application de l'article L221-8 du Code de la mutualité, à défaut de paiement d'une cotisation ou d'une fraction de cotisation dans les dix jours de son échéance, la MGD suspend les garanties trente jours après l'envoi d'une lettre recommandée valant mise en demeure et résilie le contrat dix jours après la suspension des garanties.

Article 22. Indexation et Révision tarifaire

Indexation Tarifaire :

Les cotisations sont indexées automatiquement à effet de chaque 1er janvier en fonction de la variation de l'indice officiel de la consommation médicale. Les résultats techniques du contrat ainsi que l'évolution des taxes et impôts seront aussi pris en compte dans le calcul de cette l'indexation finale calculée par la Mutuelle.

La Mutuelle communique le nouveau montant des cotisations, qui s'appliquent de plein droit sans autre formalisme. Les parties peuvent également convenir d'un autre tarif après révision, cet accord dérogatoire donne alors lieu à un avenant.

Révision Tarifaire :

L'assureur , peut également être amené à réévaluer le montant des cotisations, notamment en fonction des résultats techniques des garanties de même nature et/ou de l'évolution prévisionnelle des dépenses de santé.

Les augmentations de cotisations ont lieu chaque année à la date d'échéance du contrat. Le nouveau montant de cotisation sera communiqué par une lettre d'indexation. L'adhérent pourra refuser cette modification en résiliant l'adhésion dans le mois qui suit la réception de la lettre d'indexation.

Titre 4 – Dispositions Générales

Article 23. Prescription

Toute action dérivant du présent contrat, qu'il s'agisse de sa validité ou de son exécution, est prescrite par deux (2) ans à compter de l'évènement qui lui donne naissance dans les conditions déterminées par les articles L. 221-11, L. 221-12 et L. 221-12-1 du Code de la Mutualité.

Toutefois, ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'assureur en a eu connaissance,
- en cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

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

La prescription est portée à dix (10) ans lorsque le bénéficiaire n'est pas le membre participant (garantie obsèques et décès) et dans les opérations relatives aux accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit du membre participant décédé.

En application de l'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 accusé de réception adressée par la MGD à l'adhérent, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par l'adhérent, le bénéficiaire ou l'ayant droit à la MGD, en ce qui concerne le règlement de la prestation.

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription visées à l'alinéa précédent sont :

- la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait ;
- une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée.

La demande en justice, même en référé, et y compris dans le cas où elle est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque la saisine de la juridiction est annulée par l'effet d'un vice de procédure. L'interruption résultant de la demande en justice produit ses effets jusqu'à l'extinction de l'instance. L'interruption est non avenue si le demandeur se désiste de sa demande en justice ou laisse périmer l'instance, ou si sa demande est définitivement rejetée.

Article 24. Notice d'information

A l'occasion de la souscription, la MGD remet à l'adhérent un exemplaire de la notice d'information et de ses statuts, à charge pour elle de les remettre à ses adhérents.

De même, toute modification opérée sur les garanties ou les cotisations du Contrat fait l'objet d'une nouvelle notice d'information.

Il incombe à la mutuelle de conserver la preuve de la remise de la notice (initiale ou modificative) et des statuts.

Article 25. Preuve des opérations

Dans le cadre des demandes de devis et des souscriptions réalisées par voie électronique ou téléphonique, il est expressément convenu que les enregistrements informatiques ou leur reproduction sur un support durable émanant de nos services constitue la preuve des échanges intervenus sur le Site.

Les informations recueillies sur le Site sont validées à la date de votre consultation.

Le contenu électronique des échanges intervenus, ainsi que les signatures électroniques et les documents émis peuvent être utilisés par nos services comme éléments de preuve de nos obligations respectives entre nous ou en justice, conformément à l'article 1379 du Code Civil.

Vous acceptez de recevoir par courrier électronique, à l'occasion d'une demande de devis ou d'une souscription en ligne, les documents contractuels constituant notre proposition d'assurance personnalisée, et, postérieurement à la conclusion du contrat, toute autre information relative à votre contrat.

Vous vous engagez par les présentes à nous informer par courrier ou courrier électronique de tout changement d'adresse postale ou électronique, et ce, sans délai suivant ce changement.

Article 26. Règlement des différends

Les parties s'engagent à se réunir à l'occasion de tout différend relatif aux adhésions et aux prestations qui pourrait survenir entre elles, afin de tout mettre en œuvre pour le régler à l'amiable. A défaut de règlement amiable, le litige sera porté devant les tribunaux compétents.

Article 27. Réclamation - Médiation

Pour toute réclamation, nous vous invitons à contacter votre interlocuteur commercial habituel dont les coordonnées figurent au paragraphe Contact de votre Bulletin d'adhésion.

Toutefois si un désaccord persiste, vous pouvez intervenir auprès de notre service Réclamations :

HELIUM
Service Réclamations
4, rue Léon Patoux - CS 60007
51686 REIMS Cedex 2
mail : helium@helium.fr

Médiation

En dernier recours, vous pouvez saisir le médiateur de la MGD qui exerce sa fonction en toute indépendance :

Monsieur le médiateur de la consommation de la Mutualité Française FNMF
255, rue de Vaugirard
75719 PARIS Cedex 15
www.mediateur-mutualite.fr

Article 28. Autorité de contrôle

Les garanties proposées par la MGD sont régies par le Code de la Mutualité. L'autorité chargée du contrôle de la MGD est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), sise 4, place de Budapest, 75436 Paris cedex 09.

Article 29. Droits d'accès à vos données personnelles (CNIL / RGPD)

Les informations collectées durant votre souscription sont nécessaires afin de mener à bien votre souscription et d'effectuer les actes de gestion de vos contrats.

Conformément à la Loi Informatique et Libertés n° 78-17 du 6 janvier 1978 et du règlement général de Protection des données (RGPD) du 27 avril 2016, les données personnelles recueillies dans le cadre de ce contrat feront l'objet d'un traitement informatique dont la finalité est la gestion et

l'exécution de votre contrat d'assurance, sous réserve d'avoir obtenu le consentement de l'adhérent.

Par ailleurs des traitements spécifiques, en fonction des dispositions législatives et réglementaires en vigueur, pourront également être mis en place dans le cadre de la lutte contre la fraude et la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme.

Les données personnelles sont conservées pendant une durée de 5 ans après la fin de la relation contractuelle.

En application de la législation en vigueur, vous pouvez exercer votre droit d'accès, de rectification et d'opposition concernant l'utilisation et le traitement de vos données personnelles en écrivant par voie postale ou par email au délégué à la protection des données à l'adresse suivante : **MGD-DPO**, 15 Rue du Faubourg Montmartre, 75009 PARIS, dpo@lamgd.com ou auprès de QAPE Santé, Immeuble Burovert, ZA Les Hâtes du Vernoy, 89130 TOUCY, reclamation@kovers.fr.

QAPE a souscrit pour le compte de ses Assurés bénéficiaires d'une couverture complémentaire santé auprès de **FRAGONARD Assurances**, contrat n° 32JA, Société Anonyme au capital de 35 688.980€ immatriculé au RCS de Paris sous le numéro 479 065 351 dont le siège social est situé 2 Rue Fragonard, 75017 Paris, ci-après dénommé **LA MGD ASSISTANCE**.

1. Bénéficiaires

Sont couverts par la présente convention :

- le souscripteur du contrat,
 - son conjoint (ou concubin notoire),
 - leurs enfants fiscalement à charge,
 - leurs ascendants directs,
- résidant en FRANCE métropolitaine, vivant habituellement sous le même toit et qui bénéficient de la garantie santé de la MGD au jour de la demande.

2. Couverture géographique

La présente convention d'assistance s'applique en FRANCE métropolitaine et MONACO et ANDORRE, au domicile du bénéficiaire.

3. Faits générateurs

Les prestations sont acquises pour faire face à toutes questions ou difficultés résultant d'un aléa de santé.

Elles interviennent donc en cas d'accident, de maladie, d'hospitalisation ou de décès.

4. Modalités de mise en œuvres

Pour contacter la MGD Assistance :

MGD ASSISTANCE n°32JA
Du lundi au samedi de 9 H à 20 H
Par téléphone : 01 49 93 65 05
Par télécopie : 01 49 93 80 21

Lors du 1er appel, le bénéficiaire doit :

- rappeler son numéro d'adhérent,
- indiquer votre référence contrat MGD ASSISTANCE n° 32JA,
- préciser ses nom, prénom et adresse.

Un numéro d'assistance sera alors communiqué au bénéficiaire qui le rappellera dans le cadre du dossier en cours, lors de toutes ses relations ultérieures avec la MGD Assistance.

Les frais que le bénéficiaire sera amené à engager pour appeler LA MGD Assistance sont remboursés sur envoi des pièces justificatives originales.

5. Exécution des prestations

Les prestations garanties par la présente convention ne peuvent être déclenchées qu'avec l'accord préalable de la MGD Assistance.

En conséquence, aucune dépense effectuée d'autorité par le bénéficiaire, n'est remboursée par la MGD Assistance.

De plus, il convient de préciser que la MGD Assistance ne peut intervenir dans le choix des moyens et des destinations décidés par les organismes primaires d'urgence et par conséquent ne prend pas en charge les frais correspondants.

6. Prestation d'information

6.1. Conseil social

Ce service d'informations à caractère documentaire et réglementaire sur la législation sociale est destiné principalement à accueillir et orienter le bénéficiaire dans les domaines suivants :

La personne : état civil, nom nationalité, statut des étrangers, protection des majeurs ;

La structure de la famille : mariage, divorce, séparation de corps, concubinage, PACS, obligations alimentaires ;

La maternité : assurance maternité, la femme enceinte et le contrat de travail, l'interruption volontaire de grossesse ;

Le statut de l'enfant : naissance, filiation, adoption, autorité parentale, tutelle et émancipation des mineurs ;

Les prestations familiales : conditions générales d'attribution, les différentes prestations, la tutelle en liaison avec les prestations familiales

L'accueil du jeune enfant : les congés de naissance, la protection médico-social de l'enfant, les assistantes maternelles, les travailleuses familiales, les établissements et services d'accueil des jeunes enfants, les employés de maison, les aides financières pour la garde des enfants ;

Les jeunes : la scolarité, les services de santé et le service social en faveur des élèves, accidents et assurances scolaires, les bourses, l'insertion professionnelle ;

La protection de la jeunesse : l'aide sociale à l'enfance, la protection judiciaire, la défense des intérêts de l'enfant ;

L'emploi et le chômage : salaire, rupture du contrat de travail, convention de conversion, RMI, insertion professionnelle des chômeurs ;

Le budget : le surendettement ;

Le logement : l'aide personnalisée au logement et l'allocation logement, les prêts et l'accession à la propriété, les aides à l'amélioration de l'habitat ;

La maladie et l'accident : prévention et médecine sociale, assurance maladie, accidents du travail, maladies professionnelles, la protection complémentaire, l'hospitalisation à domicile ;

Le handicap et l'invalidité : les dispositions en faveur des adultes (reclassement professionnel, statut COTOREP...);

La retraite : la préretraite, la retraite de base, la retraite complémentaire, la retraite des non-salariés, le minimum vieillesse, les aides à domicile, l'accueil familial des personnes âgées ou handicapées, APA ;

De l'aide sociale à l'aide juridique : aide sociale, juridictionnelle, aide aux personnes âgées ;

Le décès : les formalités, le capital décès, la pension de réversion, l'allocation veuvage.

Nos prestations sont uniquement téléphoniques. Aucune des informations dispensées par nos équipes ne peut se substituer aux intervenants ou experts habituels.

Aucune information émanant de la MGD Assistance ne pourra porter sur une procédure en cours. La MGD Assistance n'est tenue que par une obligation de moyens.

6.2. Information médicale

Il s'agit d'un service d'informations générales, animé par les médecins de l'équipe médicale de la MGD Assistance, destiné à répondre à toute question de nature médicale notamment dans les domaines suivants :

- Les nouveaux traitements ;
- Les effets secondaires ;
- Les interactions entre médicaments ;
- Les régimes spécifiques ;
- Les vaccinations ;
- La mise en forme ;
- La diététique ;

- La puériculture.

Les médecins peuvent répondre à toutes questions concernant les bénéficiaires. 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, et, en aucun cas, il ne peut remplacer le médecin traitant.

Les informations fournies ne peuvent se substituer à une consultation médicale et ne peuvent donner lieu à une quelconque prescription.

De plus, en cas d'urgence médicale, le premier réflexe doit être d'appeler le médecin traitant, les pompiers ou les services médicaux d'urgence (le 15 depuis un poste fixe et le 112 depuis un portable). Toutefois, en cas de besoin, l'équipe médicale de LA MGD ASSISTANCE est présente, 24 heures sur 24, pour renseigner et orienter.

6.3. Informations juridiques

Il s'agit d'un service d'informations générales, assuré par une équipe de chargés d'informations, destiné à répondre à toute question d'ordre réglementaire ainsi qu'aux demandes d'informations du domaine de la vie pratique :

Renseignements réglementaires

Habitation / logement : Acquisition, construction - financement - loyer, bail, congé - copropriété - vente, achat en viager - résidence secondaire, urbanisme - expropriation - les professionnels et l'immobilier - organismes à consulter...

Justice / défense / recours : A qui vous adresser ?

comment porter plainte ? juridictions civiles - juridictions administratives - juridictions pénales - frais de justice - aide judiciaire - amendes pénales...

Vie professionnelle : Contrat de travail - réglementation du travail - licenciement - chômage - travail à domicile - fonction publique - travail à l'étranger - travail temporaire...

Sociétés / commerçants / artisans / affaires : Professions libérales - professions commerciales et industrielles - professions artisanales - sociétés commerciales - TVA et autres taxes - assurances professionnelles - aide-mémoire des formalités - frais d'installation - comment créer une association - congés de formation des salariés...

Impôts / fiscalité : Qui est imposable ? - imprimés à remplir - traitements et salaires - revenus fonciers - BIC - BNC - BA - plus-values - charges déductibles / calcul de l'impôt - impôts locaux - réclamations, paiements, contrôles...

Renseignements vie pratique

Consommation : Argent et chèques dans la vie quotidienne - santé - personnel de maison - protection de la vie privée - l'énergie dans la vie quotidienne - automobile - vivre mieux (nouvelles brèves et conseils) ...

Vacances / loisirs : Vacances en famille - enfants et adolescents - camping, caravanning - voyages organisés - centres et mouvements de jeunesse - activités de plein air - activités culturelles - loisirs du 3ème âge - vacances à l'étranger - votre argent en vacances...

Formalités / cartes / permis : Etat civil - passeport - casier judiciaire - cartes et permis divers - obligations militaires - déménagements...

Certaines demandes pouvant nécessiter des recherches, un rendez-vous téléphonique sera alors pris sous 48 heures. Nos prestations sont uniquement téléphoniques : aucune des informations dispensées par nos spécialistes ne peut se substituer aux intervenants habituels tels qu'avocats, conseillers juridiques, etc.

En aucun cas elles ne feront l'objet d'une confirmation écrite.

7. Prestation en cas de d'hospitalisation de l'adhérent ou

de son conjoint

7.1. Garde d'enfants

Le bénéficiaire a la garde de ses enfants (ou petits-enfants) de moins de 15 ans

LA MGD ASSISTANCE lui propose l'organisation et la prise en charge d'une assistante maternelle compétente à domicile pour une période de 2 jours consécutifs, à raison d'un maximum de 10 heures par jour.

Pendant cette période, LA MGD ASSISTANCE se charge également, si besoin est, d'assurer le transport aller et retour des enfants à l'école.

Dès l'appel, LA MGD ASSISTANCE, met tout en œuvre pour répondre au plus vite à cette demande.

Toutefois, LA MGD ASSISTANCE se réserve un délai de 5 heures maximum à compter des heures d'ouverture des réseaux d'assistantes maternelles agréées.

LA MGD ASSISTANCE lui propose également l'organisation et la prise en charge :

- soit du voyage des enfants (ou petits-enfants de moins de 15 ans) jusqu'au domicile d'un proche, résidant en FRANCE métropolitaine ou MONACO;
- soit du transport aller et retour (en train 1ère classe ou avion classe économique si seul ce moyen peut être utilisé) de ce proche jusqu'au domicile, pour garder les enfants.

Si un billet a été délivré, LA MGD ASSISTANCE dégage toute responsabilité concernant des événements indépendants de sa volonté, notamment en cas de surréservation, de retard, d'annulation ou de changement de la destination figurant sur le billet.

Cette prestation n'est pas cumulable avec la précédente.

7.2. Garde ou transfert des personnes dépendantes

Le bénéficiaire a la responsabilité de personnes dépendantes vivant sous son toit.

LA MGD ASSISTANCE fait le nécessaire pour :

- soit organiser et prendre en charge la garde de ces personnes pendant 2 jours consécutifs, à raison d'un maximum de 10 heures par jour;
- soit organiser et prendre en charge le coût du transport (en train 1ère classe ou avion classe économique si seul ce moyen peut être utilisé) de ces personnes chez des proches, résidant en FRANCE métropolitaine ou MONACO.
- soit assurer le transport aller / retour (en train 1ère classe ou avion classe économique si seul ce moyen peut être utilisé) de ce proche, jusqu'au domicile, pour garder ces personnes.

Dès l'appel, LA MGD ASSISTANCE, met tout en œuvre pour répondre au plus vite à cette demande. Toutefois, LA MGD ASSISTANCE se réserve un délai de 5 heures maximum à compter des heures d'ouverture des réseaux de gardes.

Si un billet a été délivré, LA MGD ASSISTANCE dégage toute responsabilité concernant des événements indépendants de sa volonté, notamment en cas de surréservation, de retard, d'annulation ou de changement de la destination figurant sur le billet.

7.3. Garde des animaux familiers (chien, chat)

LA MGD ASSISTANCE organise leur gardiennage à domicile ou dans un centre agréé. Cette prestation est limitée à 30 jours.

Dès l'appel de l'un des bénéficiaires, LA MGD ASSISTANCE met tout en œuvre pour répondre au plus vite à sa demande. Toutefois, LA MGD ASSISTANCE se réserve un délai de 5 heures maximum à compter des heures d'ouverture des réseaux de gardiennage.

7.4. Aide à domicile

Après une hospitalisation de plus de 3 jours ou une immobilisation à domicile de plus de 5 jours (*) du bénéficiaire ou de son conjoint, LA MGD ASSISTANCE met à sa disposition une aide à domicile, à concurrence de 3 fois 2 heures par jour, dans les 10 jours qui suivent le retour au domicile ou du début de l'immobilisation.

(*) L'immobilisation à domicile implique d'être dans l'impossibilité d'effectuer 2 des 4 gestes de la vie quotidienne : se laver, s'habiller, se déplacer, se nourrir. La dépendance peut être temporaire ou définitive.

Cette aide à domicile peut être portée à 5 fois 2 heures par jour, si le bénéficiaire vit seul ou a un ou plusieurs enfants de moins de 10 ans à sa charge. Toutefois, en fonction des besoins nécessités par son état médical, un aménagement pourra être effectué.

De plus, l'aide à domicile est également accordée en cas de maternité dont la durée d'hospitalisation est supérieure à 8 jours.

8. Prestation suite à une chimiothérapie et/ou à une radiothérapie

Pour tout traitement entraînant des séances de chimiothérapie et/ou de radiothérapie, LA MGD ASSISTANCE met à sa disposition une aide à domicile, à concurrence de 24 heures, par période de 12 mois. Son utilisation se fera en accord avec l'un des médecins de l'équipe médicale de LA MGD ASSISTANCE.

9. Prestation en cas d'accident de maladie

9.1. Urgence au domicile

En cas d'accident ou de maladie subite au domicile, outre les secours de première urgence auxquels le bénéficiaire doit faire appel en priorité, LA MGD ASSISTANCE peut apporter son aide ou ses conseils :

- dans la recherche d'un médecin (en l'absence du médecin traitant) ;
- dans l'organisation du transport à l'hôpital par ambulance ;
- dans le retour au domicile, lorsque l'état de santé du bénéficiaire le permet.

9.2. Ecole à domicile

La prestation « école à domicile » est acquise en cas de maladie ou d'accident immobilisant l'enfant à son domicile ou à l'hôpital plus de 15 jours et l'empêchant de poursuivre sa scolarité. LA MGD ASSISTANCE intervient à compter du 16ème jour. Par domicile, on entend le lieu habituel d'habitation de l'enfant.

Selon les conditions définies ci-dessus, LA MGD ASSISTANCE recherche et envoie au domicile de l'enfant un répétiteur scolaire afin de lui permettre de poursuivre sa scolarité dans les matières principales. Cette prestation s'applique du cours préparatoire à la terminale des lycées d'enseignement général. LA MGD ASSISTANCE prend en charge les coûts occasionnés à raison de 10 heures par semaine, pendant 8 semaines, tous cours confondus, fractionnables dans la limite de 5 déplacements du répétiteur scolaire par semaine et de 2 heures de cours au minimum dans la journée par matière ou par répétiteur. Si des cours sont demandés par le bénéficiaire au-delà de 10 heures par semaine, ils seront financièrement à sa charge.

La prestation est acquise autant de fois qu'il est nécessaire au cours de l'année scolaire, hors vacances scolaires et jours fériés. Elle cesse dès que l'enfant a repris normalement ses cours et en tout état de cause le dernier jour de l'année scolaire. Lorsque l'enfant est hospitalisé, les cours sont effectués, dans la mesure du possible, dans les mêmes conditions sous réserve que l'établissement hospitalier, les

médecins et le personnel soignant donnent leur accord explicite à la réalisation de cette prestation.

Conditions médicales nécessaires à la mise en œuvre de la garantie

Le bénéficiaire doit justifier sa demande en adressant à l'équipe médicale de LA MGD ASSISTANCE un certificat médical indiquant la nature de la maladie ou de l'accident. Ce certificat doit préciser si l'enfant ne peut, compte tenu de cette maladie ou de cet accident, se rendre dans son établissement scolaire et la durée de son immobilisation.

Dans le cadre de ce contrat, la maladie est définie comme « toute altération de la santé constatée par une autorité médicale compétente » ; l'accident étant « une atteinte corporelle, non intentionnelle de la part du bénéficiaire, provenant de l'action soudaine d'une cause extérieure ».

Délai de mise en place

Un délai maximum de 48 heures peut intervenir à compter de l'appel pour rechercher et acheminer le répétiteur.

Le service « Ecole à domicile » ne s'applique pas :

- aux maladies ou accidents et leurs conséquences, antérieurs à la date d'effet du contrat ;
- lorsque l'enfant est atteint d'une maladie préexistante diagnostiquée et/ou traitée, ayant fait l'objet d'une hospitalisation dans les 6 mois précédant la demande d'assistance.

9.3. Garde d'enfants malades ou blessés

GARDE D'ENFANTS MALADES A DOMICILE (« G.E.M.D. ») est un service permettant au bénéficiaire de continuer à assurer son activité professionnelle au cas où un de ses enfants est malade ou blessé, et a besoin de la présence d'une personne à son chevet à son domicile. LA MGD ASSISTANCE recherche et envoie une personne compétente, afin d'assurer cette garde.

La prise en charge de cette garde est limitée, par accident ou maladie, à 10 heures par jour au sein des heures normales de travail, pendant 2 jours ouvrables. Cette prestation ne s'appliquera qu'au-delà des jours accordés par la convention collective en cas d'absences liées aux charges de famille.

Conditions médicales et administratives

Toute demande doit être justifiée par un certificat médical adressé à LA MGD ASSISTANCE, indiquant que la présence d'une personne est nécessaire auprès de l'enfant malade ou blessé.

En outre, le bénéficiaire autorise la personne qui garde l'enfant à joindre LA MGD ASSISTANCE par téléphone autant de fois que nécessaire.

Délai de mise en place

LA MGD ASSISTANCE se réserve un délai maximum de 5 heures à compter des heures d'ouverture du réseau de gardes, afin de rechercher et d'acheminer la personne qui assurera la garde de l'enfant malade ou blessé.

Le choix des personnes intervenant est dans tous les cas du seul ressort de LA MGD ASSISTANCE.

Sont exclues :

- les maladies préexistantes diagnostiquées et/ou traitées, ayant fait l'objet d'une hospitalisation dans les 6 mois précédant la demande d'assistance,
- les maladies nécessitant des soins médicaux relevant d'un service d'infirmière ou d'infirmier à domicile,
- les maladies relevant de l'hospitalisation à domicile.

Venue d'un proche pour garder l'enfant malade ou blessé

A la demande du bénéficiaire, LA MGD ASSISTANCE met à la disposition d'un membre de la famille ou d'une personne désignée, un billet aller et retour de train 1ère classe ou d'avion classe économique, lorsque seul ce moyen peut être utilisé, pour lui permettre de se rendre au chevet de l'enfant, ceci uniquement au départ de FRANCE métropolitaine ou MONACO.

Si un billet a été délivré, LA MGD ASSISTANCE dégage toute responsabilité concernant des événements indépendants de sa volonté, notamment en cas de surréservation, de retard, d'annulation ou de changement de la destination figurant sur le billet.

Cette prestation ne se cumule pas avec la mise à disposition d'une assistante maternelle.

10. Accompagnement psychologique en cas d'accident, d'agression ou de décès d'un proche

L'objet de cette prestation est d'offrir au bénéficiaire un accompagnement psychologique lorsqu'il est confronté à un événement traumatisant ayant entraîné ou non des dommages corporels. L'appel du bénéficiaire doit intervenir dans les 30 jours suivant l'événement traumatisant.

A l'occasion du premier entretien, le bénéficiaire doit fournir ses nom, prénom, adresse et coordonnées téléphoniques, ainsi que celles de son médecin traitant. Un médecin ou une assistante sociale de LA MGD ASSISTANCE donne leur accord pour le déclenchement de la prestation. Cette prestation par téléphone, qui a pour objectif principal d'aider le bénéficiaire à identifier, évaluer et utiliser ses ressources personnelles internes, familiales, sociales et médicales, est réalisée par un psychologue clinicien et comprend :

- un suivi pendant 2 mois par le psychologue avec un maximum de 3 entretiens planifiés sur la période.
- une orientation éventuelle vers une structure locale compétente.

LA MGD ASSISTANCE n'est tenu que par une obligation de moyens. Dans tous les cas, la décision d'accompagnement psychologique d'urgence appartient exclusivement au médecin de LA MGD ASSISTANCE, éventuellement après contact et accord du médecin traitant.

11. En cas de décès

11.1. Avance de fonds pour les frais d'obsèques

Si les proches du bénéficiaire sont subitement démunis de moyens financiers, LA MGD ASSISTANCE leur procure, à titre d'avance, sans intérêt, une somme maximum de 3000 EUR TTC pour les frais d'obsèques.

Cette somme est remboursable dans un délai de trois mois, au-delà duquel LA MGD ASSISTANCE est en droit d'en poursuivre le recouvrement. A cet effet, le numéro et la date de validité de la carte bancaire ou de crédit sont demandés ; à défaut, un chèque de garantie du montant de l'avance est exigé concomitamment à cette demande.

11.2. Garde ou transfert des enfants de moins de 15 ans

Cette prestation se déroule dans les mêmes conditions que le 7.1.

11.3. Garde ou transfert des personnes dépendantes

Cette prestation se déroule dans les mêmes conditions que le 7.2.

11.4. Garde des animaux

Cette prestation se déroule dans les mêmes conditions que le 7.3.

12. Prestation à la demande

12.1. Transmission de messages urgents

LA MGD ASSISTANCE se charge de transmettre gratuitement, par les moyens les plus rapides, les messages urgents qui vous sont destinés, lorsque vous ne pouvez être joint directement pendant un séjour ou un déplacement, par exemple en cas d'hospitalisation ; ou que vous devez adresser à toute personne demeurant en FRANCE métropolitaine.

D'une manière générale, la retransmission des messages est subordonnée à :

- une demande justifiée ;
- une expression claire et explicite du message à retransmettre ;
- une indication précise des nom, prénom et adresse complète et, éventuellement du numéro de téléphone de la personne à contacter.

(L'envoi de ces messages à LA MGD ASSISTANCE reste aux frais du demandeur).

12.2. Assistance domestique

Renseignements divers / dépannage

LA MGD ASSISTANCE est présent 24H/24 pour rechercher et communiquer les numéros d'appel téléphonique des entreprises de dépannage situées dans un rayon de 30 km du domicile, telles que la plomberie, menuiserie, électricité, serrurerie, vitrerie, etc...

Notre prestation se limite à communiquer un ou plusieurs numéros téléphoniques : LA MGD ASSISTANCE ne saurait, en aucun cas, recommander une entreprise, ni, à fortiori, être impliqué à propos de la qualité du travail exécuté par le réparateur ou à propos de la rapidité de son intervention.

13. EXCLUSIONS

Outre les exclusions précisées dans le texte du présent contrat, LA MGD ASSISTANCE ne peut être tenue responsable de la non-exécution ou des retards d'exécution provoqués par tous les cas de force majeure rendant impossible l'exécution du contrat, les interdictions décidées par les autorités locales ou les grèves, l'absence d'aléa.

LA MGD ASSISTANCE ne sera pas tenue d'intervenir dans le cas où le bénéficiaire aurait commis de façon volontaire des infractions à la législation en vigueur en FRANCE.

Toute fraude, falsification ou fausse déclaration et faux témoignage entraînera automatiquement la nullité du contrat.

KOVERS a souscrit pour le compte de ses Assurés bénéficiaires d'une couverture complémentaire Obsèques auprès de CNP Assurances, contrat n° 7415K, Société Anonyme au capital de 594 151 292 € entièrement libéré, entreprise régie par le code des assurances, 341 737 062 RCS Paris dont le siège social est 4, Place Raoul Dautry - 75716 PARIS Cedex 15. Le présent contrat est régi par le Code des assurances et la législation en vigueur au moment de sa souscription.

Garanties frais d'obsèque

Article 1. Objet du contrat

La garantie a pour objet le versement d'un capital forfaitaire ou proportionnel au salaire plafond mensuel de la Sécurité sociale en vigueur le 1er janvier de l'exercice d'assurance en cas de décès de l'assuré et/ou de son conjoint et/ou d'un enfant à sa charge âgé de plus de 12 ans, survenant pendant la période de garantie **et avant le 70ème anniversaire**.

Le partenaire auquel l'assuré est lié par un pacte civil de solidarité est assimilé au conjoint.

La nature et le montant du capital garanti sont précisés aux conditions particulières.

Article 2. Service de la prestation

Le capital garanti est versé par l'Assureur sur présentation des pièces justificatives suivantes :

- un extrait d'acte de décès,
- une photocopie du livret de famille régulièrement tenu à jour
- l'original de la facture acquittée des frais d'obsèques.

Le bénéfice de la prestation revient à la personne qui a supporté les frais d'obsèques et qui est destinataire de la facture.

Mise en œuvre de la garantie

Article 3. Situation familiale

Les prestations garanties peuvent dépendre de la situation de famille de l'assuré au moment de la réalisation d'un événement.

Pour l'application des dispositions du contrat sont considérés comme personnes à la charge de l'assuré, ses enfants, ceux de son conjoint ou de son concubin lorsqu'ils entrent en ligne de compte pour la détermination du nombre de parts au foyer fiscal de l'assuré. Le partenaire est assimilé au conjoint.

Par assimilation est considéré à charge :

- tout enfant recevant de l'assuré une pension alimentaire en application d'une décision de justice
- l'enfant légitime à naître, conformément à l'article 228 du Code civil, au moment de l'événement et né viable.

Quelques définitions :

Enfant : conformément à l'article L 132-3 du Code des Assurances, seuls sont garantis les enfants âgés de plus de 12 ans.

Conjoint : personne mariée à une autre. Il s'agit d'une union légitime entre un homme et une femme en vue de vivre en commun et de fonder une famille, un foyer.

Concubin : personne en couple avec une autre personne dans le cadre d'une union de fait caractérisée par une vie commune présentant un caractère de stabilité et de continuité (article 515-8 du Code civil).

Partenaire : personne ayant conclu avec une autre personne une convention solennelle (Pacte civil de Solidarité) ayant

pour but d'organiser leur vie commune (article 515-1 du Code civil). Les signataires d'un PACS sont désignés par le terme de partenaires.

Article 4. Mise en œuvre des garanties

Les garanties sont mises en œuvre sur l'initiative de l'assuré ou de ses ayants droit qui présentent à l'appui de leur demande les justificatifs nécessaires.

Une fois établi le droit à prestations, celles-ci sont versées par l'Assureur soit au Souscripteur qui se charge de les reverser au bénéficiaire, soit directement à ce dernier.

Article 5. Taux et assiette des cotisations

Les garanties sont accordées moyennant le paiement d'une cotisation annuelle dont le montant est précisé aux conditions particulières.

Les cotisations sont revues périodiquement et peuvent être modifiées en fonction de l'évolution démographique et des résultats du contrat.

Article 6. Paiement des cotisations

Les cotisations sont payables trimestriellement à terme échu dans les trente premiers jours suivant chaque échéance. Le Souscripteur procède lui-même au calcul des cotisations et à leur versement à l'Assureur.

A défaut de paiement d'une cotisation ou d'une fraction de cotisation dans ce délai, l'Assureur suspend les garanties trente jours après l'envoi d'une lettre recommandée valant mise en demeure, et résilie le contrat conformément à l'article L113-3 du Code des assurances.

Information et vie du contrat

Article 7. Prise d'effet et période de validité des garanties

Votre assurance commence lorsque le contrat a été signé par les deux parties, à la date d'effet figurant aux Conditions Particulières.

Article 8. Durée de votre contrat

La durée est de un an, renouvelable par tacite reconduction. Il se renouvelle ensuite par tacite reconduction à chaque 1er janvier, sauf dénonciation par le Souscripteur ou l'Assureur, par lettre recommandée, au moins deux mois avant cette date.

Article 9. Population assurée

Le Souscripteur s'engage à faire bénéficier des garanties qu'il a souscrites la totalité de ses adhérents répondant aux critères définis aux conditions particulières.

L'assurance entre en vigueur pour un adhérent ou un salarié, ci - après dénommé assuré, à compter de sa date d'entrée dans la catégorie indiquée aux conditions particulières et au plus tôt à la date de prise d'effet du contrat.

Le droit à garantie cesse pour chaque assuré et ses ayants droit:

- à la date d'effet de la résiliation du contrat,
- à la date à laquelle il ne fait plus partie des catégories de personnes couvertes par le contrat.

Article 10. Eléments démographiques

Si pour des raisons techniques nous sommes amenés à modifier le tarif applicable aux risques garantis, le montant de la cotisation, payable à toute échéance annuelle, sera lui-même ajusté.

Le Souscripteur fait parvenir à l'Assureur au moment de la souscription puis dans les six mois suivant chaque renouvellement annuel un état démographique du groupe assuré précisant la date de naissance de l'assuré, le montant des garanties et le groupe auquel appartient l'assuré.

Les renseignements relatifs aux mouvements des assurés étant fournis a posteriori, le Souscripteur lors d'une demande de prestations atteste que l'assuré appartenait aux effectifs définis aux conditions particulières à la date de survenance de l'événement. Il tient les états du groupe assuré à la disposition de l'Assureur pour toute consultation éventuelle.

Article 11. Notice d'information

Le Souscripteur remet aux assurés une notice d'information, établie par l'Assureur, qui définit notamment la nature et le montant des garanties, leurs modalités d'entrée en vigueur ainsi que les formalités à accomplir en cas de sinistre. Il avise les assurés par écrit de toute modification éventuelle dans les garanties et leur mise en jeu.

Article 12. Révision

Le Souscripteur et l'Assureur conviennent de se communiquer réciproquement par lettre recommandée, dès qu'ils en ont connaissance, tout fait ou tout acte juridique susceptible de modifier les conditions d'application du contrat.

Lorsqu'une décision législative ou réglementaire vient à modifier la portée des engagements de l'Assureur, celui-ci se réserve le droit de proposer, pour la date d'effet des

modifications en cause, le changement en conséquence, soit des conditions d'ouverture du droit à prestations et du montant de celles-ci, soit du taux de cotisation. Les conséquences ne prendront effet qu'après accord explicite des parties ; faute d'accord entre les parties, les montants et modalités des garanties de l'Assureur resteront déterminés sur les bases précédant les modifications législatives ou réglementaires.

Article 13. Prescription

Toute action dérivant du présent contrat est prescrite au terme d'un délai de deux ans à compter de l'événement qui lui a donné naissance. Ce délai est porté à dix ans lorsque le bénéficiaire est différent de l'assuré.

Article 14. Renseignements - Réclamations - Médiation

Les demandes de renseignements ou les réclamations sur l'interprétation du présent contrat doivent être formulées auprès de l'Assureur.

En cas de désaccord persistant sur la réponse donnée à la réclamation, le médiateur de l'Assureur peut être saisi. Les modalités de recours à la procédure de médiation seront communiquées par l'Assureur.

Article 15. Autorité de contrôle

Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), sise 4, place de Budapest, 75436 Paris cedex 09.

Article 14. Informatique et libertés

Des renseignements concernant l'assuré figurent pour certains d'entre eux dans les fichiers informatiques à l'usage de l'Assureur. Conformément à la loi du 6 janvier 1978, l'assuré peut en obtenir communication et rectification en adressant une demande écrite à CNP - Service juridique FC5 - 4, place Raoul Dautry - 75716 PARIS CEDEX 15.



Vivre mieux avec le meilleur de l'assurance santé

Toute l'équipe de KOVERS est heureuse de vous avoir présenté ce livret de l'assuré que nous espérons complet au regard de vos besoins. Nous restons disponibles pour vous aider.

Nous vous invitons à vous connecter sur notre site régulièrement ainsi que sur notre compte facebook pour rester informé(e)s de la vie KOVERS.

Merci.



facebook.com/koversmutuelle

www.kovers.fr