



Individuelle

Mavals C[®]
Conditions Générales



CONDITIONS GENERALES MAVALS C[®]

Ce document doit être remis à chaque adhérent de la convention.

RÈGLEMENT PRODUIT SANTÉ

La présente notice régit les conventions de groupe n ° AL 714213 et n ° AL 714214 à adhésion facultative (ci-après dénommées « la convention ») souscrites par l'ASSOCIATION APAP 83[®], ci-après dénommée « l'Association » Association régie par la Loi du 1er juillet 1901, déclarée à la préfecture de l'Hérault, dont le siège social est sis au « Le Melgueil » – 21 boulevard Rabelais - 34000 MONTPELLIER, auprès de GENERALI IARD (ci-après dénommé Compagnie ou Assureur). Société anonyme au capital de 59.493.775 € ayant son siège social 7 boulevard Haussmann 75456 PARIS CEDEX 09, Entreprise régie par le Code des assurances, immatriculée au RCS de PARIS sous le numéro 552 062 663, soumise à l'Autorité de Contrôle des Assurances et des Mutuelles sise 61 rue Taitbout 75436 PARIS CEDEX 09.

Cette convention est ouverte aux membres de l'ASSOCIATION.

Les garanties santé sont éligibles à la loi N° 94-126 du 11 février 1994 dite « loi Madelin » sous la référence AL 714 213. Toutefois, pour bénéficier des avantages de la loi, l'adhérent doit, chaque année, fournir à l'Organisme Gestionnaire une attestation de paiement de ses cotisations au Régime Obligatoire de retraite et de prévoyance.

Nous vous invitons à conserver précieusement ce document dans votre dossier santé.

DÉFINITIONS GÉNÉRALES :

Adhérent : Personne membre de l'Association, sous réserve qu'elle soit âgée de moins de 65 ans au jour de l'adhésion, qui adhère à la présente convention de groupe à titre individuel pour les garanties exclusivement précisées sur le Certificat d'Adhésion. L'acte d'adhésion est constaté par la signature du bulletin d'adhésion. La signature du bulletin d'adhésion emporte acceptation des dispositions des statuts et du règlement intérieur de l'Association ainsi que des conditions particulières et notice d'information relatives au contrat d'assurance.

Année d'Adhésion : Période d'un an qui sépare la prise d'effet des garanties à l'échéance principale.

Conditions d'admission : Les membres de l'Association, doivent être affiliés au régime général de Sécurité sociale, ou du régime local Alsace Moselle, ou au régime des travailleurs non-salariés.

La date d'effet de l'admission est fixée au premier jour du mois en cours qui suit la réception par PREMAVALS, du bulletin d'adhésion, sous réserve que celui-ci arrive avant le 15 de ce même mois. Au-delà et jusqu'à la fin du mois, la date d'effet retenue sera le 16 du mois en cours.

Bénéficiaires : L'Adhérent, son conjoint et leurs enfants, ayants droit aux prestations en nature d'un Régime d'Assurance Maladie Obligatoire français s'ils sont désignés au Certificat d'Adhésion.

Concernant les enfants à naître, ils ne sont pas automatiquement assurés, une déclaration préalable est nécessaire.

Conjoint : L'époux ou l'épouse de l'Adhérent non divorcé ni séparé de corps par un jugement définitif, le(a) concubin(e) déclaré(e) ou

le co-signataire d'un Pacte Civil de Solidarité avec l'Adhérent, sous réserve d'être âgé(e) de moins de 65 ans lors de son admission.

Enfant à charge : Est considéré comme enfant à charge d'une personne, un enfant légitime, reconnu, adoptif ou recueilli au foyer de cette personne :

- » les enfants, et ceux du conjoint, de moins de 20 ans, à charge fiscale de l'adhérent ou de son conjoint, ou,
- » âgé de plus de 20 ans et moins de 26 ans à condition que, n'ayant pas de revenus distincts de ceux qui servent de base à l'imposition :
 - il poursuit des études secondaires ou supérieures ;
 - ou,
 - il se trouve sous contrat d'apprentissage ;
 - ou,
 - bénéficiant des allocations pour personnes handicapées prévues par la loi 75-534 du 30 juin 1975.

L'enfant d'une personne divorcée pour lequel celle-ci est tenue de verser une pension alimentaire, par décision de justice, est considéré comme à sa charge, s'il remplit l'une des conditions prévues ci-dessus.

Certificat d'adhésion : Document remis à l'Adhérent confirmant l'adhésion à la présente convention de groupe et qui précise pour chacun des bénéficiaires les garanties souscrites et le niveau choisi. À leur demande expresse faite auprès de PREMAVALS ou de l'association, les mineurs de plus de 16 ans peuvent être membres participants sans l'intervention de leur représentant légal.

Durée minimum de l'adhésion : L'adhésion est enregistrée pour une durée initiale minimum de 12 mois décomptés à compter de la date d'effet de l'adhésion.

Échéance principale : Le 1^{er} janvier de chaque année sous réserve que l'adhésion soit en vigueur.

Tiers : Personne physique ou morale non assurée par la présente adhésion au contrat et qui est opposée au bénéficiaire.

DÉFINITIONS DES TERMES PROPRES AUX GARANTIES

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

Base de remboursement : Tarif fixé par le Régime Obligatoire pour calculer le remboursement des soins dispensés par l'ensemble des praticiens et auxiliaires médicaux soumis à une convention nationale.

Hospitalisation : Séjour du bénéficiaire en qualité de patient prescrit par un médecin dans un établissement de soins public ou privé, dès lors que ce séjour a pour objet la mise en observation, le traitement médical ou chirurgical d'une maladie, de lésions résultant d'un accident ou d'une maternité.

L'hospitalisation à domicile et l'hospitalisation de jour sont assimilées aux soins médicaux courants.

Maladie : Toute altération pathologique de la santé constatée par une autorité médicale compétente et n'ayant pour origine ni un accident ni le fait volontaire de l'Assuré ou d'un tiers.

Régime Obligatoire : Le régime d'Assurance Maladie français auquel est affilié le Bénéficiaire et qui est précisé au Certificat d'Adhésion.

Tarif d'Autorité : Tarif sur la base duquel intervient le remboursement des soins dispensés par l'ensemble des praticiens non conventionnés.

Tarif de convention : Tarif sur la base duquel intervient le remboursement des soins dispensés par l'ensemble des praticiens et auxiliaires médicaux soumis à une convention nationale.

Ticket modérateur : Part de la Base de Remboursement ou du Tarif d'Autorité laissée à la charge du Bénéficiaire après intervention du Régime Obligatoire.

Tarif de responsabilité : tarif sur la base duquel intervient le remboursement (tarif conventionnel ou tarif d'autorité.)

TITRE I : GENERALITES

ARTICLE 1 : ADMISSION

Les demandes d'adhésion doivent être établies obligatoirement sur les formulaires de PREMAVALS dûment renseignés, datés, signés. Le bulletin d'adhésion doit être accompagné :

- » de la copie de l'attestation vitale du demandeur et de l'ensemble des bénéficiaires à couvrir par le membre participant adhérent.
- » de l'autorisation de prélèvement sur compte bancaire ou postal dûment signée accompagnée d'un relevé d'identité bancaire ou postal.
- » le cas échéant, certificat de radiation de la complémentaire santé précédente.

ARTICLE 2 : BÉNÉFICIAIRES

L'adhésion peut être souscrite au profit du conjoint, des enfants à charge au sens de la Sécurité sociale et de toute personne couverte par le Régime d'Assurance Maladie sous le numéro de Sécurité sociale de l'adhérent.

Les enfants des assurés :

Pour les enfants de plus de 20 ans et moins de 26 ans poursuivant leurs études : d'un certificat de scolarité et d'une attestation de couverture du Régime Obligatoire des étudiants.

Pour les enfants handicapés : une photocopie de la carte d'invalidité prévue à l'article 173 du Code de la Famille ou de l'Aide Sociale.

ARTICLE 3 : EFFET - DURÉE

La date d'effet de l'admission est fixée au premier jour du mois en cours qui suit la réception par PREMAVALS, du bulletin d'adhésion, sous réserve que celui-ci arrive avant le 15 de ce même mois. Au-delà et jusqu'à la fin du mois, la date d'effet retenue sera le 16 du mois en cours.

Le contrat est souscrit pour une période initiale d'au moins 12 mois se terminant le 31 décembre de l'année suivant le 12^{ème} mois de l'adhésion puis renouvelé par tacite reconduction au 1er janvier de chaque année.

ARTICLE 4 : CONDITIONS DE RÉSILIATION

La résiliation du contrat à l'échéance n'est recevable que dès lors que

l'adhésion a couru au moins 12 mois à compter de la date d'effet du contrat.

Sous réserve des dispositions ci-dessus, et compte tenu de l'échéance annuelle de la cotisation, la démission d'un membre ne peut intervenir qu'au 31 décembre de l'année en cours.

Dès lors que les conditions de durée minimum d'adhésion ont été respectées, la résiliation peut être enregistrée à chaque échéance annuelle, sous réserve que la demande intervienne au moins deux mois avant le 1^{er} janvier de l'année en cours par LETTRE RECOMMANDÉE avec accusé de réception, adressée au siège de PREMAVALS. Aucune radiation n'est acceptée en cours d'année.

Pour les personnes à charge, la garantie prend fin :

- » dès qu'elles ne remplissent plus les conditions prévues à l'article 1.
- » en cas de radiation ou de décès de l'Assuré.

Le membre participant qui quitte l'adhésion pour quelque cause que ce soit est tenu de restituer la ou (les) carte(s) d'adhérent en sa possession dans les 15 jours de la cessation des garanties.

ARTICLE 5 : RADIATION D'OFFICE

Lorsque l'adhérent et/ou ses ayants droit ne répondent plus aux conditions d'admission de l'Association, l'Assureur procède à la radiation d'office de la garantie.

Cette radiation prend effet au 1^{er} jour du mois qui suit la décision de radiation.

Le participant radié ou exclu qui désire être réintégré dans son ancienne qualité de membre adresse à cet effet une demande écrite au Président de l'Association qui en saisit le Conseil d'Administration aux fins de décision, après avoir recueilli l'avis du Bureau.

Aucune demande de réintégration n'est recevable avant l'expiration d'un délai minimum d'un an, partant du jour de la radiation.

Si la demande est acceptée, l'intéressé ne bénéficie des prestations qu'après avoir effectué à nouveau les délais de carences prévus au Titre IV article 14 des présentes conditions générales.

ARTICLE 6 : INFORMATION DES ADHÉRENTS

À la confirmation de l'adhésion, chaque adhérent se voit remettre un exemplaire des statuts de l'APAP 83[®], un exemplaire des conditions générales ainsi qu'un certificat d'adhésion.

TITRE II : COTISATIONS

ARTICLE 7 : COTISATIONS

Le montant de la cotisation est fixé par la Compagnie en concertation avec PREMAVALS et l'APAP 83[®]. Elle tient compte de la consommation médicale, des résultats techniques des régimes, de l'évolution démographique, de la réglementation et des paramètres utilisés par la Sécurité sociale.

La cotisation varie également selon la formule de garantie choisie, le régime, la composition familiale, l'âge de l'assuré et la région de domiciliation. L'âge est calculé par différence de millésime entre l'année en cours et l'année de naissance. Par contre, elle ne dépend pas de l'état de santé.

La cotisation varie en fonction de l'âge atteint au 1^{er} janvier de chaque année par différence de millésime. À chaque 1^{er} janvier, l'adhérent reçoit un échéancier de cotisation au titre de la périodicité choisie précisant la cotisation appliquée à l'année d'assurance.

ARTICLE 8 : PAIEMENT DE LA COTISATION

Les cotisations sont payables d'avance selon une périodicité choisie par l'adhérent sur la demande d'adhésion (mensuelle, trimestrielle, semestrielle ou annuelle).

Pour percevoir leurs prestations, les adhérents doivent être à jour de leurs cotisations. À défaut, les prestations seront réglées par priorité par compensation avec les cotisations impayées.

ARTICLE 9 : RELANCE DES IMPAYÉS DE COTISATIONS

Les cotisations doivent être réglées au plus tard le 15 du mois ou le 15 du premier mois du trimestre en cours. À défaut de règlement dans ce délai, des lettres de relances sont adressées aux adhérents concernés par un impayé de cotisations.

Les prestations seront réglées dans les conditions prévues au Titre III article 12 des présentes conditions générales

Chaque relance fait apparaître l'intégralité des cotisations dues ainsi que, le cas échéant, les frais bancaires et de gestion administrative générés par ces impayés au profit du gestionnaire.

Si les cotisations ne sont pas réglées dans les 10 jours suivant leur échéance, PREMAVALS adresse, en pli recommandé avec accusé de réception, une lettre de rappel valant mise en demeure, l'avisant que, conformément aux dispositions de l'article L 141-3 du Code des Assurances, à l'expiration d'un délai de 40 jours à dater de l'envoi de la lettre de mise en demeure, le défaut de paiement entraînera la résiliation du contrat. Il est alors mis fin à toutes les garanties.

Les frais occasionnés par la récupération des cotisations impayées sont réclamés aux adhérents.

» **Paiement mensuel par prélèvement**

S'agissant des cotisations réglées par prélèvement, dès lors qu'il y a rejet, le premier mois de cotisations impayées (mois M) est reporté automatiquement sur le mois suivant (mois M + 1).

En cas de non-régularisation dans le mois qui suit le premier mois impayé (au mois M + 1), le droit aux prestations est fermé au 1^{er} jour du mois impayé (mois M), jusqu'à régularisation.

Les procédures de rappel et mise en demeure sont effectuées selon les modalités ci-dessus.

» **Paiement trimestriel ou semestriel par prélèvement**

En cas de non-régularisation dans le 2^{ème} mois du trimestre ou du semestre en cours impayé, le droit aux prestations est fermé au 1^{er} jour du semestre ou du trimestre impayé, jusqu'à régularisation.

Les procédures de rappel et mise en demeure sont effectuées selon les modalités ci-dessus.

TITRE III : PRESTATIONS

ARTICLE 10 : PIÈCES À FOURNIR

Les demandes de prestations doivent être accompagnées des pièces justificatives parmi les suivantes :

- » une attestation des frais réellement engagés, signée par le praticien ou l'établissement concerné, précisant la date et la nature des soins,
- » le décompte original des remboursements effectués par la Sécurité sociale, ou le cas échéant le document justifiant le refus de prise en charge par cet organisme,
- » éventuellement copie du décompte et du règlement fait par un autre organisme,
- » en cas de maternité, un extrait de l'acte de naissance avec attestation sur l'honneur de sa validité, comportant l'indication de la naissance de l'enfant.

ARTICLE 11 : CONTRÔLE ET EXPERTISE

Notre médecin-conseil peut vous demander tout renseignement complémentaire sur la maladie ou l'accident traité, il peut être amené

à vous demander de répondre à un questionnaire ou de fournir des documents médicaux spécifiques.

Vous pouvez lui communiquer ces renseignements directement ou par le biais de votre médecin.

En cas de contestation d'ordre médical, le différend est soumis à une expertise amiable avant tout recours à la voie judiciaire.

Chacun de nous choisit un médecin expert devant régler le différend. À défaut d'accord entre eux, ceux-ci s'adjoignent un troisième expert et tous trois opèrent en commun et à la majorité des voix. Les honoraires du tiers médecin sont supportés à charge égale par les deux parties.

ARTICLE 12 : REMBOURSEMENT DES PRESTATIONS

Le remboursement des prestations est appliqué séparément pour chaque poste de frais pris en charge par le Régime Obligatoire.

Les prestations sont servies directement au membre adhérent pour l'ensemble des ayants droit. Le règlement est effectué par virement sur un compte bancaire, postal ou d'épargne.

Néanmoins, en cas de décision judiciaire, les prestations sont servies à la personne ou à l'organisme ayant obtenu la garde de l'enfant ou assumant la tutelle de l'incapable majeur.

En cas de remboursement de consultations ou de visites non conventionnées, le remboursement est effectué sur la base du tarif de responsabilité reconstitué.

ARTICLE 13 : RÉCLAMATIONS

Pour être recevable, toute réclamation portant sur les prestations servies par la Compagnie doit parvenir dans les six mois à compter du paiement ou du refus de payer lesdites prestations.

TITRE IV : MODALITÉS DE FONCTIONNEMENT DES GARANTIES FRAIS DE SOINS DE SANTE

Ce contrat s'inscrit dans le cadre du dispositif législatif relatif aux contrats d'assurance complémentaire santé dits « contrats responsables » (article 57 de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 et différents décrets et arrêtés).

Ainsi, dans le parcours de soins, le contrat doit notamment prendre en charge :

- » au moins 30 % de la Base de Remboursement de la Sécurité Sociale des consultations de médecins,
- » au moins 30 % de la Base de Remboursement de la Sécurité Sociale pour les médicaments à vignette blanche remboursés à 65 % par la Sécurité sociale,
- » au moins 35 % de la Base de Remboursement de la Sécurité Sociale pour les frais d'analyse ou de laboratoire,
- » la totalité du ticket modérateur pour au moins deux prestations de prévention figurant sur la liste ministérielle du 8 juin 2006 figurant en annexe. Les actes de prévention remboursés par le Régime Obligatoire, mais ne figurant pas sur cette liste continuent à être remboursés dans les conditions prévues par le contrat.

Le cas échéant, les taux de prise en charge minimale mentionnés ci-dessus sont réduits afin que notre prise en charge ne puisse excéder les frais exposés.

Hors parcours de soins, le contrat ne rembourse pas :

- » la majoration du ticket modérateur correspondant à la baisse du taux de remboursement de la Sécurité sociale, en cas de non-désignation d'un médecin traitant ou en cas de consultation d'un autre médecin sans prescription du médecin traitant (définie à l'article L 162-5-3 du Code de la Sécurité sociale),
- » les dépassements d'honoraires pratiqués en cas de consultation d'un

médecin spécialiste, à hauteur au moins du montant du dépassement autorisé, de 8 € en général, prévus à l'article L 162-5-18 du Code de la Sécurité sociale.

Dans tous les cas, le contrat ne prend pas en charge :

- » la contribution forfaitaire actuellement fixée à 1 EUR, mentionnée au II de l'article L 322-2 du Code de la Sécurité sociale,
- » le montant de la franchise instaurée en application du III de l'article L 322-2 du Code de la Sécurité sociale.

En cas d'évolutions législatives et réglementaires régissant les « contrats responsables », les garanties du contrat feront l'objet de modifications pour rester en conformité avec ce cadre juridique, après information préalable de l'assuré.

ARTICLE 14 : PRISES D'EFFET DE LA GARANTIE

Les garanties prennent effet dès la date d'effet de l'adhésion, tant pour les assurés que pour les ayants droit qui justifient d'une couverture antérieure de moins de trois mois.

Dans le cas d'une couverture antérieure remontant à plus de trois mois, des délais de carences de trois mois sont applicables pour les niveaux C4, C5, C6, C7, C8 et C9, sauf en cas :

- » de maladie (hospitalisation et soins de ville), la couverture s'effectuant à hauteur de 100 % du BR
- » d'hospitalisation consécutive à un accident

En maternité, dans le cas d'une nouvelle souscription, un délai de carence de 9 mois est appliqué pour le forfait naissance (sauf justificatif d'antériorité.)

ARTICLE 15 : OBJET ET MONTANT DES GARANTIES

La garantie a pour objet le remboursement des frais médicaux et chirurgicaux, occasionnés par un accident, une maladie ou une maternité, en complément des prestations éventuellement versées par le Régime Obligatoire

Sauf mention portée au descriptif de la garantie, ne peuvent donner lieu à prestations que les frais engagés pour soins donnés par un chirurgien, un praticien qualifié ou un dentiste, ou sur prescription écrite de l'un d'eux, et dans les conditions prévues par le Régime Général de la Sécurité sociale ou tout autre Régime Obligatoire des travailleurs non-salariés.

Les taux de remboursement et les indemnités forfaitaires pris en considération sont ceux applicables à la date d'exécution des soins. Pour les prothèses et l'optique, la prise en charge est accordée en considération de la date de prescription.

Selon la formule choisie, la garantie peut prévoir la prise en charge des frais de prothèses dentaires ou de lentilles qui, figurant dans la nomenclature des actes professionnels, n'ont pas fait l'objet d'un remboursement de la Sécurité sociale.

Lorsque la garantie prévoit un mode de remboursement pour les interventions chirurgicales, celles-ci s'entendent des :

- » frais d'opération,
- » frais d'hospitalisation chirurgicale,
- » frais de soins préopératoires intervenant dans un délai maximum de deux mois avant la date de l'opération,
- » frais de soins postopératoires intervenant dans un délai maximum de trois mois après la date de l'opération,
- » frais de garde et de transport en ambulance.

Lorsque la garantie prévoit un mode de remboursement pour les interventions médicales, sont remboursés :

- » les frais de transport en ambulance du malade,
- » les séjours en hôpital, clinique, sanatorium, préventorium, aérium, centre de rééducation ou établissement psychiatrique dans lequel le séjour est motivé par un traitement curatif, centre héliomarin, maison

d'enfant ou de repos à caractère sanitaire.

Pour un séjour en établissement hospitalier peuvent être pris en charge :

- » les suppléments de tarif appliqués par l'établissement pour chambre seule ou régime particulier, à l'exclusion des frais à caractère personnel tels que : journaux, télévision, téléphone, etc. Lorsque la garantie prévoit la prise en charge de la chambre particulière, le remboursement est limité à la chambre particulière dite normale conformément aux accords tarifaires passés entre les établissements hospitaliers et les organismes de tutelles.
- » les frais d'accompagnement engagés par la personne dont la présence auprès de l'enfant hospitalisé, âgé de moins de 16 ans, a été reconnue nécessaire par certificat médical ; sont remboursées les indemnités de lit et de repas.

Selon les formules de garanties, les cures thermales remboursées par la Sécurité sociale ouvrent droit à une indemnité, dans la limite des frais exposés. Cette indemnité forfaitaire peut être exprimée soit en euros soit en pourcentage du salaire Plafond Mensuel de Sécurité Sociale, en vigueur au 1^{er} janvier d'un exercice d'assurance.

ARTICLE 16 : PLAFOND DES GARANTIES

Les remboursements ou les forfaits prévus peuvent être plafonnés par personne, par famille ou par an (soit 12 mois à compter de la date d'effet) selon les niveaux de garantie choisis, conformément aux tableaux de garanties.

Il ne saurait y avoir de compensation ni cumul entre les différents postes pour appliquer ces limites.

Par ailleurs, et indépendamment du plafond applicable pour chaque garantie, les remboursements de l'assureur ne peuvent excéder la différence entre le coût réel des frais engagés et le montant pris en charge par les assurances sociales.

ARTICLE 17 : CHANGEMENTS D'OPTION

Le certificat d'adhésion précise les garanties souscrites et le niveau choisi. Tout changement d'option ne peut intervenir uniquement qu'au 1^{er} janvier de chaque année sous réserve que l'adhérent informe PREMAVALS de ce nouveau choix au moins un mois avant la nouvelle échéance.

Par dérogation, si le changement d'option est consécutif à un événement familial (mariage, naissance) il prend effet au plus tard un mois après celui-ci, et aucune période de carence n'est appliquée.

Toute modification d'option pour une option inférieure ou supérieure ne pourra être effectuée que vers les deux options inférieures ou supérieures à celle d'origine, sous réserve que l'option de souscription ait été maintenue pendant au moins 24 mois consécutifs sauf :

- » pour les personnes licenciées inscrites en qualité de demandeurs d'emploi
- » pour les personnes prises en charge à 100 % par la Sécurité sociale, sous réserve que cette demande de changement d'option intervienne dans les 6 mois suivants la survenance de l'évènement.

TITRE V : LA VIE DE L'ADHÉSION

ARTICLE 18 : CONVENTIONS

Dans le cadre de l'Article R.211.2 du Code de la Sécurité sociale, la compagnie peut être chargée par les Conseils d'administration de caisses primaires de Sécurité sociale de l'accomplissement de différentes missions confiées par ceux-ci (constitution des dossiers et paiements de prestations).

ARTICLE 19 : TIERS PAYANT NOEMIE

La Compagnie accorde aux adhérents le tiers payant.

La procédure de tiers payant dispense l'adhérent de faire l'avance du ticket modérateur auprès de certains professionnels de santé. Elle est applicable selon les professionnels de santé et les départements où un accord a été signé.

Dans ce cas, les frais dus par l'adhérent sont payés directement par la compagnie au professionnel de santé ou à l'établissement de soins.

Lorsqu'un accord de télétransmission pour effectuer le remboursement des prestations a été passé avec l'organisme de Sécurité sociale dont relève l'adhérent, la Compagnie paye directement l'adhérent et pourra lui demander a posteriori, le décompte original établi par l'organisme de Sécurité sociale pour contrôle.

ARTICLE 20 : SUBROGATION

L'Assuré ou le bénéficiaire des prestations subroge expressément l'assureur, à concurrence des prestations versées au titre du présent contrat, contre tout responsable du sinistre.

Toutefois, le paiement d'indemnités forfaitaires ne peut entraîner l'exercice de la subrogation.

Cette subrogation ne s'applique pas :

- » À la part d'indemnité, de caractère personnel, correspondant aux souffrances physiques ou morales endurées par la victime et au préjudice esthétique et d'agrément, à moins que la prestation versée par la compagnie n'indemnise ces éléments de préjudice.
- » En cas d'accident suivi de mort, la part d'indemnité correspondant au préjudice moral des ayants droit leur demeure acquise, sous la même réserve.

ARTICLE 21 : PRESCRIPTION

Toutes les actions concernant ce contrat qu'elles émanent de vous ou de nous, ne peuvent être exercées que pendant un délai de deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

La prescription peut être interrompue par :

- » Désignation d'expert.
- » Envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par la Compagnie en ce qui concerne le paiement de la cotisation et par l'adhérent en ce qui concerne le règlement d'un sinistre.
- » Saisine d'un tribunal, même en référé.
- » Toute autre cause ordinaire.

ARTICLE 22 : EXAMEN DES RÉCLAMATIONS ET PROCÉDURE DE MÉDIATION

Lorsque vous souhaitez obtenir des précisions sur les clauses d'application de votre contrat notamment à la souscription ou en cas de sinistre, contactez votre interlocuteur habituel, PREMAVALS, qui est en mesure d'étudier toutes vos questions et demandes.

En cas de désaccord, vous pouvez adresser une réclamation écrite avec le motif du litige et les références du dossier à :

Generali
SERVICE RÉCLAMATIONS
7 boulevard Haussmann
75456 PARIS CEDEX 09
servicereclamations@generali.fr

Nous nous engageons à traiter votre réclamation le plus rapidement et le plus objectivement possible.

Si un désaccord devait persister, les particuliers ont la faculté de faire appel au médiateur de la Compagnie, et ceci, sans préjudice des autres voies d'actions légales. Les conditions d'accès à ce médiateur, ses coordonnées ainsi que la procédure à suivre vous seront communiquées par le Service Réclamations.

ARTICLE 23 : DROIT D'ACCÈS AUX INFORMATIONS ENREGISTRÉES

Vous pouvez nous demander communication et rectification de toute information vous concernant qui figurerait sur tout fichier à usage de Generali IARD, ses mandataires et ses réassureurs et des organismes professionnels, ainsi que PREMAVALS et l'APAP 83® et leurs mandataires, en nous écrivant à l'adresse suivante :

PREMAVALS
19 rue de l'Université
93160 NOISY-LE-GRAND

ARTICLE 24 : FACULTÉ DE RENONCIATION

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

Ce délai expire le dernier jour à vingt-quatre heures. S'il expire un samedi, un dimanche ou un jour férié ou chômé, il n'est pas prorogé.

L'adhésion est réputée conclue à la date de signature de la demande d'adhésion.

Si les conditions précitées sont réunies - et sous réserve des autres dispositions de l'article L 112-9 du Code des Assurances - vous pouvez renoncer à la présente adhésion en envoyant **le modèle de lettre ci-dessous**, sous la forme recommandée avec demande d'avis de réception, à l'adresse suivante :

PREMAVALS
19 rue de l'Université
93160 NOISY-LE-GRAND

Nous attirons votre attention sur le fait que vous perdez cette faculté de renonciation si vous avez connaissance d'un sinistre survenu pendant le délai de quatorze jours précités.

MODÈLE DE LETTRE TYPE

Nom :.....
Prénom :.....
Adresse :.....
N° de convention :.....
N° d'adhésion :.....
Mode de paiement choisi :.....
Montant de la cotisation déjà acquitté :..... €

Messieurs,
Conformément aux dispositions de l'article L 112-9 du Code des Assurances, j'entends par la présente renoncer à l'adhésion citée en références que j'ai souscrite en date du / /
Je souhaite donc qu'elle soit résiliée à compter de la date de réception de la présente lettre.

Veuillez agréer, Messieurs, l'expression de mes salutations distinguées.

Fait à.....,

Le.....

Signature

ANNEXE AUX CONDITIONS GÉNÉRALES

Prestations de prévention

L'article R 871-2 II du Code de la Sécurité sociale prévoit que le contrat dit « responsable » doit prendre en charge la totalité de la participation de l'Assuré pour au moins deux prestations de prévention figurant dans la liste ci-dessous (arrêté du 8 juin 2006).

Nous prenons en charge, après remboursement du régime obligatoire, le ticket modérateur.

L'Assuré peut ainsi bénéficier d'actes préventifs ou de dépistage adaptés à sa situation personnelle.

LISTE DES PRESTATIONS DE PRÉVENTION

- » Les vaccinations suivantes, seules et combinées :
 - Diphtérie, tétanos et poliomyélite : 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 ;
 - Hæmophilus influenza B ;
 - Vaccination contre les infections invasives à pneumocoques pour les enfants de moins de 18 mois.
- » L'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 est limitée aux femmes de plus de cinquante ans, une fois tous les six 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 avec tympanométrie
 - Audiométrie vocale dans le bruit ;
 - Audiométrie tonale et vocale ;
 - Audiométrie tonale et vocale avec tympanométrie.
- » Dépistage de l'hépatite B.
- » 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 réalisé chez un enfant de moins de quatorze ans.
- » Un détartrage annuel complet sus et sous-gingival, effectué en deux séances maximum.
- » Scellement prophylactique des puits, sillons et fissures, sous réserve que l'acte soit effectué sur les premières et deuxièmes molaires permanentes, qu'il n'intervienne qu'une fois par dent et qu'il soit réalisé en cas de risques carieux et avant le quatorzième anniversaire.