



[ sans questionnaire médical ]

## Notice d'information contractuelle

### Santé Frontaliers

PRÉAMBULE \_\_\_\_\_ 2

DESCRIPTIF  
DES PRESTATIONS  
ET DISPOSITIONS  
SPÉCIFIQUES \_\_\_\_\_ 3

CONDITIONS  
GÉNÉRALES \_\_\_\_\_ 6

Assistance Santé  
des Frontaliers \_\_\_\_\_ 13

Protection  
Juridique Santé  
des Frontaliers \_\_\_\_\_ 19



### LES BÉNÉFICIAIRES

Les personnes affiliées à un régime de base français, **âgées de moins de 67 ans** résidant dans l'un des départements suivants : **01, 25, 39, 68, 74 et 90.**

Il a été conclu un contrat d'assurance de groupe à adhésion facultative à effet du 1<sup>er</sup> avril 2015, de durée annuelle à tacite reconduction n° 2004 D entre :

- d'une part, l'association Alptis Frontaliers dont le siège social est situé 25, cours Albert Thomas - 69445 LYON CEDEX 03, association régie par la loi de 1901,
- et d'autre part CNP IAM, SA au capital de 30 500 000 € entièrement libéré, filiale de CNP Assurances, au capital de 686 618 477 € entièrement libéré. Entreprises régies par le Code des assurances - 383 024 189 RCS Paris - 341 737 062 RCS Paris - Siège social : 4, place Raoul Dautry - 75716 PARIS CEDEX 15.

La distribution et la gestion de ce contrat sont déléguées à Alptis Assurances, société de gestion et de courtage dont le siège social est situé 25, cours Albert Thomas - 69445 LYON CEDEX 03.

Le contrat n° 2004 D est "solidaire" (absence de questionnaire de santé à l'adhésion) et est soumis aux dispositions de l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale relatif aux contrats "responsables".

Ce contrat est ouvert aux membres de l'association Alptis Frontaliers. La garantie choisie est précisée sur votre certificat d'adhésion.

Les relations précontractuelles et contractuelles entre les parties sont régies par le droit français et notamment par le Code des assurances. Les parties utiliseront la langue française pendant toute la durée de l'adhésion.

## Santé Frontaliers

### DESCRIPTIF DES PRESTATIONS

Les remboursements exprimés en pourcentage de la BRSS\* incluent la prise en charge du régime de base (RB).

Les montants exprimés en euros interviennent en complément de l'éventuelle part du régime de base. Les forfaits intégrant une limite annuelle s'appliquent par bénéficiaire et par année d'adhésion, soit par période de 12 (douze) mois successifs à compter de la date d'effet de la garantie.

Toutefois, pour l'équipement optique les prestations sont allouées par période de 2 ans à compter de la date d'adhésion.

Les remboursements ne peuvent dépasser les frais restant à la charge du bénéficiaire des prestations.

Pour les soins délivrés en Suisse, ou la notion de contrat d'accès aux soins (CAS) n'existe pas, les prestations seront celles appliquées aux praticiens non signataires du CAS.

Les garanties du présent contrat s'inscrivent dans le cadre du dispositif législatif des contrats d'assurances visés à l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale dits "contrats responsables". De ce fait, le remboursement minimum ne pourra être inférieur au ticket modérateur pour les actes visés par le 1° de l'article R. 871-2 du Code de la Sécurité sociale.

- Légende**
- Actes réalisés en France / Actes réalisés en Suisse remboursés selon les bases de remboursement de la Sécurité sociale Française
  - Actes réalisés en Suisse non remboursés par le régime de base français
  - Autres actes réalisés en France ou en Suisse

Actes réalisés en France ou Suisse remboursés par le régime de base selon les bases de la Sécurité sociale française sauf Actes précédés du logo <input checked="" type="checkbox"/> réalisés en Suisse non remboursés par le régime de base français ; pour le calcul des prestations correspondantes, la BRSS* est déterminée par assimilation à leur équivalent en France.	Frontaliers 100	Frontaliers 125	Frontaliers 150	Frontaliers 200
<b>HOSPITALISATION MÉDICALE / CHIRURGICALE / À DOMICILE / MATERNITÉ / ÉTABLISSEMENTS ET UNITÉS SPÉCIALISÉS</b>				
• Frais de séjour en secteur conventionné en France	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
• Frais de séjour en Suisse ou en secteur non conventionné en France	100 % BRSS	125 % BRSS	150 % BRSS	200 % BRSS
• Honoraires en secteur conventionné ou non - Praticiens signataires du Contrat d'Accès aux Soins - Praticiens non signataires du Contrat d'Accès aux Soins	125 % BRSS 100 % BRSS	150 % BRSS 125 % BRSS	175 % BRSS 150 % BRSS	225 % BRSS 200 % BRSS
• Chambre particulière (1)	–	30 €/jour	45 €/jour	60 €/jour
• Séjour accompagnant enfant < 16 ans (maxi 30 jours/an)	–	15 €/jour	20 €/jour	30 €/jour
• Forfait hospitalier	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
• Forfait naissance ou adoption (2)	–	125 €	150 €	200 €
<b>FRAIS MÉDICAUX COURANTS</b>				
• Consultations et visites - Praticiens signataires du Contrat d'Accès aux Soins - Praticiens non signataires du Contrat d'Accès aux Soins	125 % BRSS 100 % BRSS	150 % BRSS 125 % BRSS	175 % BRSS 150 % BRSS	225 % BRSS 200 % BRSS
<input checked="" type="checkbox"/> • Consultations et visites réalisées en Suisse et non remboursés par le régime de base français	–	25 €/séance	30 €/séance	35 €/séance
		5 séances par an et par bénéficiaire		
• Actes techniques médicaux, actes d'obstétrique, actes d'anesthésie, actes de chirurgie - Praticiens signataires du Contrat d'Accès aux Soins - Praticiens non signataires du Contrat d'Accès aux Soins	125 % BRSS 100 % BRSS	150 % BRSS 125 % BRSS	175 % BRSS 150 % BRSS	225 % BRSS 200 % BRSS
<input checked="" type="checkbox"/> • Actes techniques médicaux réalisés en Suisse et non remboursés par le régime de base français	–	50 % BRSS	60 % BRSS	70 % BRSS
• Actes d'imagerie et d'échographie - Praticiens signataires du Contrat d'Accès aux Soins - Praticiens non signataires du Contrat d'Accès aux Soins	125 % BRSS 100 % BRSS	150 % BRSS 125 % BRSS	175 % BRSS 150 % BRSS	225 % BRSS 200 % BRSS
<input checked="" type="checkbox"/> • Actes d'imagerie et d'échographie réalisés en Suisse et non remboursés par le régime de base français	–	50 % BRSS	60 % BRSS	70 % BRSS
• Analyses, auxiliaires médicaux, transports	100 % BRSS	125 % BRSS	150 % BRSS	200 % BRSS
<input checked="" type="checkbox"/> • Analyses, auxiliaires médicaux, transports réalisés en Suisse et non remboursés par le régime de base français	–	50 % BRSS	60 % BRSS	70 % BRSS
<input checked="" type="checkbox"/> • Actes d'ostéopathe, étio-pathe, podologue, chiropracteur, acupuncteur, diététicien, pédicure non remboursés par le régime de base français	–	20 €/séance	30 €/séance	40 €/séance
		5 séances par an et par bénéficiaire en France ou en Suisse, toutes spécialités confondues		
<b>PHARMACIE</b>				
• Médicaments pris en charge à 65 % ou 30 % par le régime de base français	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS
• Médicaments pris en charge à 15 % par le régime de base français	–	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS
<input checked="" type="checkbox"/> • Pharmacie prescrite achetée en Suisse (hors parapharmacie) non remboursée par le régime de base français	–	50 €	60 €	70 €
		Par an et par bénéficiaire		
<b>DENTAIRE</b>				
• Soins (dont inlays, onlays, scellement des sillons)	100 % BRSS	125 % BRSS	150 % BRSS	200 % BRSS
<input checked="" type="checkbox"/> • Soins réalisés en Suisse non remboursés par le régime de base français (dont inlays, onlays, scellement des sillons)	–	125 % BRSS	150 % BRSS	200 % BRSS
• Prothèses et orthodontie prises en charge par le régime de base + Supplément prothèses et orthodontie prises en charge ou non par le régime de base, parodontie non prise en charge par le régime de base	100 % BRSS + 100 €/an	125 % BRSS + 200 €/an	150 % BRSS + 300 €/an	200 % BRSS + 400 €/an
		Report de 25 % du montant de base en euros l'année suivante s'il n'est pas utilisé, plafonné à 4 ans		

Suite du descriptif des prestations page suivante.

Réf : DP\_SANTÉ FRONTALIERS

## Santé Frontaliers

Actes réalisés en France ou Suisse remboursés par le régime de base selon les bases de la Sécurité sociale française sauf Actes précédés du logo  réalisés en Suisse non remboursés par le régime de base français ; pour le calcul des prestations correspondantes, la BRSS* est déterminée par assimilation à leur équivalent en France.	Frontaliers 100	Frontaliers 125	Frontaliers 150	Frontaliers 200
<b>DENTAIRE (suite)</b>				
• Implantologie non prise en charge par le régime de base	100 €/an	200 €/an	300 €/an	400 €/an
• Plafonds de remboursement dentaire par bénéficiaire, hors soins :				
- 1 <sup>ère</sup> année	–	400 €	500 €	600 €
- 2 <sup>e</sup> année	–	800 €	1 000 €	1 200 €
- 3 <sup>e</sup> année et suivantes	–	1 200 €	1 500 €	1 800 €
<b>OPTIQUE REMBOURSÉE PAR LE RÉGIME DE BASE FRANÇAIS</b> ou <b>OPTIQUE EN SUISSE, PRESCRITE, NON REMBOURSÉE PAR LE RÉGIME DE BASE FRANÇAIS</b>				
<b>Dans la limite d'un équipement (3) (1 monture et 2 verres) tous les 2 ans sauf pour les enfants de moins de 18 ans ou en cas d'évolution de la vue</b>				
- Équipement verres simples (4)	125 €	200 €	300 €	400 €
- Équipement verres complexes (5) et/ou verres très complexes (6)	200 €	300 €	450 €	600 €
- Équipement avec un verre simple et un verre complexe ou verre très complexe	165 €	250 €	375 €	500 €
• Lentilles prescrites, prises ou non prises en charge par le régime de base français, y compris lentilles jetables	50 €/an	75 €/an	100 €/an	150 €/an
• Chirurgie réfractive (par œil) (7)	200 €	300 €	450 €	600 €
<b>PROTHÈSES MÉDICALES</b>				
• Orthopédie, prothèses médicales, capillaires	100 % BRSS	125 % BRSS	150 % BRSS	200 % BRSS
• Prothèses auditives	100 % BRSS	125 % BRSS	150 % BRSS	200 % BRSS
<b>CURES THERMALES</b>				
• Honoraires	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS
• Frais de transports et d'hébergement, forfait thermal et soins	100 % BRSS	125 €/an	150 €/an	200 €/an
<b>PRÉVENTION</b>				
• Actes pris en charge par le régime de base	100 % BRSS	125 % BRSS	150 % BRSS	200 % BRSS
• Vaccins anti-grippe	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
<b>SERVICES</b>				
• Tiers payant	Oui	Oui	Oui	Oui
• Alptis Assistance (se reporter à la notice ASF)	Oui	Oui	Oui	Oui
• Protection Juridique Santé (offerte par l'association Alptis Frontaliers à ses adhérents - se reporter à la notice PJSF)	Oui	Oui	Oui	Oui
• Exonération des cotisations en cas de décès accidentel (se reporter à la notice ASF)	Oui	Oui	Oui	Oui
• Rapatriement décès (se reporter à la notice ASF)	Oui	Oui	Oui	Oui
• Participation aux actions de prévention santé**	Oui	Oui	Oui	Oui

### Légende

- Actes réalisés en Suisse remboursés selon les tarifs suisses de la LAMal
- Actes réalisés à l'étranger (hors Suisse)

	Frontaliers 100	Frontaliers 125	Frontaliers 150	Frontaliers 200
<b>SOINS ET PRESTATIONS INOPINÉS OU URGENTS À L'ÉTRANGER</b>				
<b>SOINS ET PRESTATIONS EN SUISSE (remboursés par le régime de base selon les bases du tarif suisse de la LAMal)</b>				
• Soins et hospitalisation (pris en charge par le régime de base français)	100 % BRSS	125 % BRSS	150 % BRSS	200 % BRSS

\*BRSS (Base de Remboursement Sécurité Sociale) : tarif sur lequel sont calculés les remboursements effectués par le régime de base.

\*\*Ces actions de prévention vous sont proposées grâce aux cotisations d'association. Découvrez toute l'action associative sur [www.alptis.org](http://www.alptis.org).

- Durée illimitée en cas d'hospitalisation médicale, chirurgicale ou maternité et **limitée à 90 jours par an et par bénéficiaire en établissements ou unités de soins spécialisés.**
- Si inscription de l'enfant dans les deux mois qui suivent la naissance ou l'adoption.
- Le remboursement pour la monture ne pourra excéder 150 €.**
- Verres simple foyer dont la sphère est comprise entre -6,00 ou +6,00 ou dont le cylindre est inférieur ou égal à +4,00.
- Verres simple foyer dont la sphère est hors zone de -6,00 ou +6,00 ou dont le cylindre est supérieur à +4,00, et verres multifocaux ou progressifs.
- Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est hors zone de -8,00 à +8,00 ou à verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4,00 à +4,00.
- La consommation d'un équipement optique ou de lentilles dans l'année d'adhésion, soit par période de 12 (douze) mois successifs à compter de la date d'effet de la garantie exclut tout remboursement au titre de la chirurgie réfractive.

**LES MODALITÉS D'APPLICATION DES GARANTIES SONT DÉFINIES DANS LES CONDITIONS GÉNÉRALES ET LES DISPOSITIONS SPÉCIFIQUES.**

## DISPOSITIONS SPÉCIFIQUES

**EN CAS DE CONTRADICTION ENTRE LES PRÉSENTES DISPOSITIONS SPÉCIFIQUES ET LES CONDITIONS GÉNÉRALES, LES PREMIÈRES PRÉVALENT SUR LES SECONDES.**

### CONDITIONS D'ADHÉSION PARTICULIÈRES

Outre les conditions d'adhésions précisées au sein des conditions générales, les dispositions suivantes s'appliquent :

#### Limites d'âge

L'adhérent et ses ayants droits doivent être âgés de **moins de 67 ans (67 ans exclu)** au jour de l'adhésion.

#### Conditions liées au statut frontalier

Il est précisé que pour bénéficier des garanties au titre du présent contrat et **par dérogation aux précisions figurant au sein des conditions générales (§ Conditions d'adhésion), l'adhérent doit résider dans l'un des départements suivants : 01, 25, 39, 68, 74 et 90.**

#### Alsace-Moselle

**Pour les bénéficiaires affiliés au régime Alsace-Moselle, la souscription n'est possible que pour les niveaux FRONTALIERS 125, 150 et 200.**

### MODALITÉS D'ÉVOLUTION DE LA COTISATION EN FONCTION DE L'ÂGE

Outre les évolutions prévues au sein des conditions générales, la cotisation évolue contractuellement au 1<sup>er</sup> janvier de chaque année en fonction de l'âge successivement atteint. Il n'y a pas d'évolution de cotisation entre 0 et 18 ans. Au 1<sup>er</sup> janvier de l'année de ses 19 ans, l'enfant se verra appliquer une cotisation adulte.

### MODALITÉS PARTICULIÈRES POUR LES SOINS RÉALISÉS EN SUISSE

- Pour les soins réalisés en Suisse, pris en charge sur la base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS) :  
Le remboursement s'effectue selon les modalités prévues par la législation française sur la base de remboursement de la Sécurité sociale (en particulier au même tarif que les soins réalisés en France).
- Pour les soins réalisés en Suisse selon les bases des tarifs suisses de la LAMal :  
Le remboursement est subordonné à la prise en charge par le régime de base français.  
**La participation aux coûts\* retenue par le régime LAMal non prise en charge par le régime de base français n'est pas remboursée au titre du présent contrat.**  
*\*A titre indicatif, à la date du 1<sup>er</sup> avril 2015 cette participation aux coûts (ou franchises) s'élève pour les adultes à 92 CHF pour les soins et 15 CHF par jour d'hospitalisation. Ces montants sont susceptibles d'être actualisés dans le temps.*
- Pour les soins réalisés en Suisse, non pris en charge par le régime de base français et signalés dans le descriptif des prestations par le logo  :  
L'assuré doit faire parvenir à Alptis Assurances la facture accompagnée du détail des soins, de la prescription médicale et du reçu du paiement.  
Le taux de change retenu est celui publié par la BCE (Banque Centrale Européenne) correspondant à la date de paiement des prestations.

### MODALITÉS D'APPLICATION DES FORFAITS (montants exprimés en euros)

**Les forfaits utilisés en France et en Suisse ne sont pas cumulables.**

### EXTENSION TERRITORIALE

Outre l'étendue territoriale des garanties définie au sein des conditions générales, celles-ci sont accordées en Suisse selon les modalités précisées ci-dessus (cf § Modalités particulières pour les soins réalisés en Suisse).

## SOMMAIRE

<b>LEXIQUE</b>	<b>P. 7</b>
<b>OBJET DU CONTRAT</b>	<b>P. 7</b>
<b>ADHÉSION AU CONTRAT ET VIE DU CONTRAT</b>	<b>P. 7</b>
CONDITIONS D'ADHÉSION	P. 7
FORMALITÉS D'ADHÉSION	P. 7
PRISE D'EFFET DE L'ADHÉSION	P. 7
DROIT DE RENONCIATION	P. 7
DATE D'EFFET DES GARANTIES	P. 8
MODIFICATION DE GARANTIE	P. 8
DURÉE DE L'ADHÉSION	P. 8
CHANGEMENT DE LA SITUATION DU BÉNÉFICIAIRE DES PRESTATIONS	P. 8
<b>GARANTIES</b>	<b>P. 8</b>
RISQUES COUVERTS	P. 8
ÉTENDUE TERRITORIALE DES GARANTIES	P. 8
HOSPITALISATION MÉDICALE, CHIRURGICALE, À DOMICILE, MATERNITÉ, ÉTABLISSEMENTS ET UNITÉS SPÉCIALISÉS	P. 9
FONCTIONNEMENT DES MONTANTS EXPRIMÉS EN EUROS HORS ÉQUIPEMENT OPTIQUE	P. 9
FONCTIONNEMENT DES PRESTATIONS DE L'ÉQUIPEMENT OPTIQUE	P. 9
DENTAIRE	P. 9
PHARMACIE	P. 9
CURES THERMALES	P. 9
ACTES DE MÉDECINE DOUCE	P. 9
<b>MODALITÉS DE REMBOURSEMENTS</b>	<b>P. 9</b>
TÉLÉTRANSMISSION	P. 9
TIERS PAYANT	P. 9
PRISE EN CHARGE EN CAS D'HOSPITALISATION	P. 9
<b>RISQUES EXCLUS</b>	<b>P. 10</b>
<b>LIMITE DES PRESTATIONS</b>	<b>P. 10</b>
<b>CESSATION DES GARANTIES</b>	<b>P. 10</b>
<b>COTISATIONS</b>	<b>P. 10</b>
MONTANTS DES COTISATIONS	P. 10
VARIATIONS DES COTISATIONS ET DES GARANTIES	P. 11
PAIEMENT DES COTISATIONS	P. 11
DÉFAUT DE PAIEMENT DES COTISATIONS	P. 11
LOI MADELIN	P. 11
<b>DISPOSITIONS DIVERSES</b>	<b>P. 11</b>
LOI INFORMATIQUE ET LIBERTÉS	P. 11
AUTORITÉ CHARGÉE DU CONTRÔLE	P. 11
FONDS DE GARANTIE	P. 11
PRESCRIPTION	P. 11
SANCTIONS EN CAS DE FAUSSE DÉCLARATION	P. 12
SUBROGATION	P. 12
EXAMEN DES RÉCLAMATIONS - MÉDIATION	P. 12

## LEXIQUE

**ADHÉRENT** : personne physique membre de l'association et qui adhère au contrat groupe. Un enfant mineur sans activité professionnelle ne peut être adhérent.

**BÉNÉFICIAIRES DES PRESTATIONS** : l'adhérent et éventuellement ses ayants droit inscrits : son conjoint et leurs enfants (âgés de moins de 18 ans ou de moins de 28 ans s'ils poursuivent des études), affiliés à un régime de base, et mentionnés dans le certificat d'adhésion.

**BASE DE REMBOURSEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE (BRSS)** : tarif sur lequel sont calculés les remboursements effectués par le régime de base.

**CERTIFICAT D'ADHÉSION** : document envoyé à l'adhérent après acceptation de sa demande d'adhésion. Il reprend les conditions d'admission et les garanties souscrites, ainsi que leur date de prise d'effet.

**CONTRAT D'ACCÈS AUX SOINS (CAS)** : contrat signé par certains médecins/praticiens favorisant l'accès aux soins par une meilleure prise en charge des patients. Les médecins/praticiens signataires s'engagent à limiter leurs dépassements d'honoraires.

**COUPLE-CONJOINT** : toutes personnes mariées ou ayant conclu un PACS ou vivant en concubinage (attesté par la fourniture d'un justificatif de vie commune).

**DÉLAI D'ATTENTE** : période pendant laquelle les garanties ne s'appliquent pas. Le délai d'attente court à compter de la prise d'effet de l'adhésion inscrite sur le certificat d'adhésion.

**GARANTIE DE BASE** : ensemble de garanties hors renforts optionnels ou packs optionnels, (lorsque le contrat en prévoit).

**RÉGIME DE BASE (RB)** : régime légal de protection sociale français auquel est obligatoirement affilié le bénéficiaire des prestations (Régime Général de la Sécurité sociale ; Régime des TNS ; Régime des exploitants agricoles : AMEXA ; Régime des salariés agricoles ; Régime des étudiants ; Régime d'Alsace- Moselle ; Régime des fonctionnaires).

**TICKET MODÉRATEUR (TM)** : quote part restant à la charge de l'assuré, égale à la différence entre la base de remboursement et les remboursements du régime de base.

**PLAFOND MENSUEL DE LA SÉCURITÉ SOCIALE (PMSS)** : montant fixé par décret et qui sert de référence pour déterminer certaines cotisations et certaines prestations, le PMSS de référence est celui de l'année en cours.

## OBJET DU CONTRAT

Le présent contrat a pour objet de garantir aux bénéficiaires des prestations le remboursement des frais médicaux et chirurgicaux qu'ils ont engagés, dans la limite des garanties et du niveau souscrit (cf. Descriptif des prestations).  
Il intervient en complément du régime de base.

## ADHÉSION AU CONTRAT ET VIE DU CONTRAT

### CONDITIONS D'ADHÉSION

Pour être assurables au titre du présent contrat, l'adhérent et ses ayants droit doivent être des personnes physiques résidant en France métropolitaine (y compris Corse, **hors Monaco**) ou dans les DOM (**à l'exclusion de Mayotte**), à Saint-Barthélemy ou à Saint-Martin (**territoire français**).

Tous les membres d'une même famille doivent souscrire le même niveau de garantie et le cas échéant le ou les même(s) renfort(s) optionnel(s) ou pack(s) optionnel(s) et s'inscrire sur le même dossier.

Les renforts optionnels ou packs optionnels ne peuvent être souscrits seuls.

**Les bénéficiaires des prestations doivent être affiliés à l'un des régimes de base de la protection sociale française** (cf. lexique).

Ils doivent en outre respecter les conditions prévues aux dispositions spécifiques du contrat souscrit, le cas échéant.

**Il est précisé que les garanties ne sont pas éligibles au dispositif de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé prévu aux articles L. 863-1 et suivants du Code de la Sécurité sociale.**

### FORMALITÉS D'ADHÉSION

- L'adhérent doit compléter, signer et dater une demande d'adhésion indiquant le niveau de garantie choisi et les éventuels ayants droit à garantir.
- L'adhésion se fait sans formalité médicale.

### PRISE D'EFFET DE L'ADHÉSION

L'adhésion prend effet à la date indiquée sur le certificat d'adhésion et au plus tôt le lendemain de la réception au siège d'Alptis Assurances de la demande d'adhésion complétée et signée sous réserve d'acceptation notifiée par la délivrance d'un certificat d'adhésion et du paiement de la 1<sup>ère</sup> cotisation.

### DROIT DE RENONCIATION

L'adhérent dispose d'un délai de 14 (quatorze) jours calendaires révolus pour renoncer à son adhésion à compter de la date de conclusion de celle-ci (qui correspond à la date d'émission du certificat d'adhésion).

En cas de renonciation, les dispositions suivantes s'appliquent (sauf dispositions particulières rappelées ci-après) :

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

### Informations précontractuelles spécifiques à la vente à distance

Le contrat est vendu à distance s'il est conclu au moyen d'une ou plusieurs techniques de commercialisation à distance, notamment vente par correspondance ou Internet.

L'adhérent dispose, dans le cadre du présent contrat, d'un délai de 14 (quatorze) jours calendaires révolus pour renoncer à son adhésion à compter de la date de conclusion du contrat à distance. Les frais afférents à la technique de commercialisation à distance sont à la charge de l'Adhérent (coûts des communications téléphoniques, connexions à Internet) et ne feront l'objet d'aucun remboursement.

**En cas d'adhésion dans le cadre d'un démarchage à domicile**

L'adhérent dispose, dans le cadre du présent contrat, d'un délai de 14 (quatorze) jours calendaires révolus pour renoncer à son adhésion à compter de la date de conclusion de celle-ci (qui correspond à la date d'émission du certificat d'adhésion). L'adhérent ne peut plus exercer son droit de renonciation dès lors qu'il a connaissance d'un sinistre mettant en jeu les garanties du contrat.

**Modalités d'exercice du droit de renonciation**

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

Modèle de lettre de renonciation :

*"Je soussigné(e) (Nom, Prénom et numéro de l'adhérent),..... demeurant à .....ai l'honneur de vous informer que je renonce à mon adhésion au contrat (Nom et N° de contrat) que j'ai signé le (date).....".*

A..... Le .....

Signature

**DATE D'EFFET DES GARANTIES**

Le droit aux prestations est acquis à la date de prise d'effet de la garantie ou de l'inscription au contrat en cas de modification de la situation de la famille figurant sur le certificat d'adhésion.

Lorsque le contrat prévoit des packs ou des renforts optionnels, des délais d'attente peuvent être appliqués. Ils sont mentionnés au sein du descriptif des prestations. Le point de départ du délai d'attente est la date d'effet de la garantie inscrite sur le certificat d'adhésion.

**MODIFICATION DE GARANTIE**

**Garantie de base**

Après un an d'adhésion à la garantie, l'adhérent pourra demander la modification de sa garantie (en optant pour un niveau inférieur ou supérieur) pour un effet au 1<sup>er</sup> janvier ou 1<sup>er</sup> juillet suivant la demande.

**Renforts optionnels ou packs optionnels**

Lorsque le contrat prévoit des renforts optionnels ou packs optionnels, l'adhérent peut demander à :

- ajouter le ou les renfort(s) optionnel(s) ou pack(s) optionnel(s), pour un effet au 1<sup>er</sup> jour du mois qui suit la demande. Les délais d'attente correspondants s'appliquent ;
- résilier son ou ses renfort(s) optionnel(s) ou pack(s) optionnel(s) pour un effet au 1<sup>er</sup> janvier qui suit la demande.

La souscription du ou des renfort(s) optionnel(s) ou pack(s) optionnel(s) vaut pour l'adhérent et ses ayants droit inscrits le cas échéant.

La résiliation du ou des renfort(s) optionnel(s) ou pack(s) optionnel(s) vaut pour l'adhérent et ses ayants droit inscrits le cas échéant.

**Pour l'ensemble des garanties**

Lorsque le contrat en prévoit, les limites d'âge d'accès aux garanties doivent aussi être respectées lors de la modification de la garantie.

En cas de changement de niveau ou de garantie (adhésion à une autre complémentaire santé Alptis), les prestations de 1<sup>ère</sup> année et les éventuels plafonds dentaires du nouveau niveau ou de la nouvelle garantie s'appliquent.

**DURÉE DE L'ADHÉSION**

La garantie acquise est viagère sauf en cas de déclarations inexactes faites à l'adhésion ou de perte de la qualité d'assuré social affilié à un régime de base ou dans les cas définis au paragraphe cessation des garanties. En cours de contrat, aucun bénéficiaire des prestations ne peut être exclu de la garantie, ni voir sa cotisation majorée en raison d'une dégradation de son état de santé. L'adhésion s'entend pour la durée de l'année civile en cours, puis se renouvelle annuellement par tacite reconduction.

**CHANGEMENT DE LA SITUATION DU BÉNÉFICIAIRE DES PRESTATIONS**

L'adhérent doit informer Alptis Assurances par écrit, dans le mois qui suit tout changement dans la situation d'un bénéficiaire des prestations :

- d'un changement d'adresse : par défaut, les lettres adressées au dernier domicile connu produiront tous leurs effets ;
- d'un changement du département de résidence: les modifications tarifaires éventuelles liées au changement du département de résidence, prennent effet au premier janvier suivant ;
- d'un changement du régime de base ;
- d'un changement de profession.

**GARANTIES**

**RISQUES COUVERTS**

Les prestations garanties sont complémentaires aux prestations en nature des assurances maladie et maternité du régime de base des bénéficiaires des prestations et leur attribution est subordonnée à la déclaration et à la prise en charge par cet organisme des frais engagés par le bénéficiaire des prestations (sauf mention explicite dans le descriptif des prestations).

Les prestations accordées par l'organisme assureur visent au remboursement des dépenses pour les types d'actes ci-après énumérés, sous réserve des exclusions figurant à l'article "Risques exclus".

Sont couverts les frais médicaux et l'hospitalisation résultant d'un accident, d'une maladie et de la maternité.

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

Le contrat dit responsable, prend en charge dans les conditions fixées par l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale et ses textes d'application :

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

**ÉTENDUE TERRITORIALE DES GARANTIES**

Les garanties sont accordées en France métropolitaine (y compris Corse, **hors Monaco**), dans les DOM (**à l'exclusion de Mayotte**), à Saint-Barthélemy ou à Saint-Martin (**territoire français**), et dans le monde entier lors de séjours n'excédant pas trois mois par an. Toutefois, l'indemnisation des soins effectués à l'étranger est subordonnée à la prise en charge par le régime de base en France. Le niveau des remboursements est défini dans le poste "Soins et prestations inopinés à l'étranger" du descriptif des prestations. Les règlements sont effectués en France et en euros.

## HOSPITALISATION MÉDICALE, CHIRURGICALE, À DOMICILE, MATERNITÉ, EN ÉTABLISSEMENTS ET UNITÉS SPÉCIALISÉS

Le forfait hospitalier, mentionné dans le descriptif des prestations, correspond au forfait journalier prévu à l'article L. 174-4 du Code de la Sécurité sociale fixé par arrêté.

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

- les établissements de médecine, chirurgie, obstétrique,
- les établissements et unités spécialisés :
  - psychiatriques,
  - soins de suites,
  - réadaptation.

Pour pouvoir être indemnisé, le séjour doit donner lieu en outre à facturation du forfait journalier (sauf dans le cas de l'hospitalisation à domicile).

Les séjours en établissements ou unités spécialisés sont pris en charge même s'ils ne font pas suite à une hospitalisation.

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

## FONCTIONNEMENT DES MONTANTS EXPRIMÉS EN EUROS HORS ÉQUIPEMENT OPTIQUE

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

## FONCTIONNEMENT DES PRESTATIONS DE L'ÉQUIPEMENT OPTIQUE

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

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

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

## DENTAIRE

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

## PHARMACIE

La liste des médicaments et leur taux de prise en charge par la Sécurité sociale est disponible sur le site [medicaments.gouv.fr](http://medicaments.gouv.fr)

## CURES THERMALES

Lorsque le contrat prévoit le remboursement de cures thermales, seules celles médicalement prescrites et prises en charge par le régime de base sont remboursées.

## ACTES DE MÉDECINE DOUCE

Lorsque le contrat prévoit le remboursement d'actes de médecine douce, les actes non pris en charge par le régime de base, sont remboursés dans les limites prévues au descriptif de prestations (spécialités reconnues et nombre de séances toutes spécialités confondues).

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

# MODALITÉS DE REMBOURSEMENTS

## TÉLÉTRANSMISSION

Afin d'éviter l'envoi des décomptes papiers, Alptis Assurances pratique la télétransmission informatique des décomptes de prestations du régime de base. Lorsque celle-ci est opérationnelle, la mention du type *"nous avons également transmis ces informations à votre organisme complémentaire"* figure sur le décompte de votre régime de base. Le service de télétransmission est un service gratuit. Cette liaison est enregistrée à réception des attestations délivrées avec la carte Vitale de tous les bénéficiaires des prestations inscrits.

Lorsque la télétransmission n'est pas opérationnelle, les bénéficiaires des prestations doivent adresser à Alptis Assurances les décomptes originaux des prestations délivrés par le régime de base pour obtenir le règlement des prestations. En outre, pour les actes non pris en charge par le régime de base, le bénéficiaire des prestations doit envoyer à Alptis Assurances les factures originales et acquittées pour obtenir le règlement des prestations dont les montants sont exprimés en euros (dentaire, optique...).

Dans tous les cas, l'organisme assureur peut subordonner le service des prestations à la communication préalable par le bénéficiaire des prestations d'informations ou justificatifs complémentaires.

**Le refus de communiquer les éléments demandés peut entraîner la perte de tous droits aux prestations.** La date des soins prise en compte est celle retenue par le régime de base sur le décompte.

## TIERS PAYANT

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

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

Le tiers payant est disponible dans tous les départements, ainsi qu'à Saint-Barthélemy et Saint-Martin (**territoire français**) et selon les accords passés avec les praticiens.

Pour les prestations "Optique, Dentaire, Ostéopathie, Audioprothèse et Hospitalisation", le tiers payant évite l'avance des frais, dans la limite du contrat souscrit.

## PRISE EN CHARGE EN CAS D'HOSPITALISATION

En cas d'hospitalisation dans toute la France (y compris Corse, **hors Monaco**) dans un établissement conventionné (cliniques, hôpitaux publics et privés) pratiquant le tiers payant avec les caisses de Sécurité sociale, Alptis Assurances délivre des prises en charge permettant d'éviter à l'adhérent l'avance des frais.

## RISQUES EXCLUS

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

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

De plus, ne sont pas pris en charge :

- les frais relatifs aux soins effectués antérieurement à la date d'adhésion ou postérieurement à la date de cessation des garanties ;
- les séjours qui sont en cours à la date d'adhésion, dans tous types d'établissements, sauf si l'adhésion fait suite à une couverture antérieure, sans interruption entre les deux contrats ;
- les séjours et frais relatifs aux établissements et services sociaux, médico-sociaux, médico-pédagogiques ; aux établissements ou unités de longs séjours ; aux établissements ou unités pour personnes âgées ;
- la chirurgie esthétique et les actes esthétiques non pris en charge par le régime de base ;
- les actes cotés hors nomenclature sauf mention contraire prévue dans le descriptif des prestations.

Le contrat dit responsable ne couvre pas, conformément à l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale et ses textes d'application :

I. la participation forfaitaire instaurée par l'article L. 322-2-II du Code de la Sécurité sociale et la franchise médicale instaurée par l'article L. 322-2-III du Code de la Sécurité sociale ;

II. les pénalités résultant du non-respect du parcours de soins :

- la majoration du ticket modérateur mentionnée à l'article L. 162-5-3 du Code de la Sécurité sociale ;
- les dépassements d'honoraires sur les actes cliniques et techniques pris en application du 18° de l'article L. 162-5 du Code de la Sécurité sociale, à hauteur au moins du dépassement autorisé sur les actes cliniques ;

III. Tout autre acte, prestation, majoration, franchise ou dépassement d'honoraire dont la prise en charge serait exclue par l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale et ses textes d'application.

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

## LIMITE DES PRESTATIONS

Conformément à l'article 9 alinéa 1 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 et à l'article 2 alinéa 1 du décret n° 90-769 du 30 août 1990, les remboursements ou indemnités des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge de l'assuré ou de l'adhérent après les remboursements de toute nature auxquels il a droit et avant prise en charge instaurée par l'article L. 861-3 du code de la Sécurité sociale.

Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit sa date de souscription. Dans cette limite, le bénéficiaire du contrat ou de la convention peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix.

En tout état de cause, le cumul des remboursements obtenu du régime de base et des garanties complémentaires ne pourra dépasser les plafonds prévus par le dispositif du contrat responsable.

## CESSATION DES GARANTIES

Les garanties cessent dans les cas suivants :

- dès que le bénéficiaire des prestations ne remplit plus les conditions pour être garanti ;
- en cas d'exercice de la faculté de renonciation ;
- en cas de dénonciation de l'adhésion suite à une modification du contrat d'assurance de groupe, en application des dispositions de l'article L. 221-6 du Code de la mutualité ou de l'article L. 141-4 du Code des assurances ;
- en cas de décès du bénéficiaire des prestations ;
- en cas de résiliation par l'adhérent à l'échéance annuelle au 31 décembre, par lettre recommandée, adressée au siège d'Alptis Assurances - 25 cours Albert Thomas - 69445 LYON CEDEX 03, avec un préavis de 2 mois (avant le premier novembre) ; les cotisations restent dues pour la totalité de l'exercice (jusqu'au 31 décembre) ;
- en cas de démission par l'adhérent de l'association : celle-ci s'effectue dans les mêmes conditions que celles prévues ci-dessus en cas de résiliation par l'adhérent ;
- en cas de non-paiement des cotisations : Cf. § DÉFAUT DE PAIEMENT DES COTISATIONS".

Les garanties cessent à la date d'effet de la résiliation.

Les conditions de radiation d'un ayant droit sont identiques aux conditions de résiliation d'un adhérent.

La résiliation de la garantie de base entraîne la résiliation des renforts optionnels ou packs optionnels le cas échéant.

## COTISATIONS

### MONTANT DES COTISATIONS

Le montant de la cotisation de la garantie de base est fonction :

- du niveau de garanti choisi,
- du régime de base,
- du département de résidence principale,
- du nombre d'ayants droit de l'adhérent,
- de l'âge des bénéficiaires des prestations.

La cotisation des renforts optionnels ou packs optionnels tient compte de la composition familiale.

A ces cotisations s'ajoutent :

- la cotisation d'adhésion à l'association,
- le droit d'entrée (qui est perçu une fois pour toute lors de l'adhésion).

## VARIATIONS DES COTISATIONS ET DES GARANTIES

Outre l'éventuelle évolution en fonction de l'âge, les cotisations peuvent évoluer au premier janvier de chaque année en fonction de l'évolution des dépenses de la Sécurité sociale, et des résultats du groupe assuré qui tient compte du niveau choisi, de l'âge, de la zone géographique du lieu de résidence, de la composition de la familiale, du régime de base.

De même, les garanties et les cotisations peuvent être réactualisées à tout moment en cas de modification des remboursements des régimes de base, ou de la législation fiscale ou sociale.

## PAIEMENT DES COTISATIONS

Les cotisations sont payables d'avance annuellement.

Elles peuvent faire l'objet d'un fractionnement semestriel, trimestriel ou mensuel.

## DÉFAUT DE PAIEMENT DES COTISATIONS

**En cas de non-paiement d'une cotisation ou d'une fraction de cotisation dans les 10 jours de son échéance, Alptis Assurances adressera à l'adhérent par lettre recommandée, une mise en demeure pouvant entraîner sa résiliation à l'expiration d'un délai de quarante jours, dans les conditions définies à l'article L. 221-8 II du Code de la mutualité ou L. 141-3 du Code des assurances.**

**Les cotisations sont dues jusqu'à la fin de l'exercice en cours. Les garanties cessent à la date d'effet de la résiliation.**

## LOI MADELIN

Les travailleurs non-salariés, non agricoles en activité peuvent bénéficier de la déductibilité fiscale de leurs cotisations pour le présent contrat, s'ils remplissent les conditions prévues par cette loi.

## DISPOSITIONS DIVERSES

### LOI INFORMATIQUE ET LIBERTÉS

Les informations recueillies par Alptis Assurances sont nécessaires à l'appréciation de la demande d'adhésion et font l'objet d'un traitement informatique pour les besoins de la gestion de votre adhésion au contrat. Ces informations peuvent également être utilisées aux fins d'études statistiques, de prévention de la fraude ou d'obligations légales et à des fins commerciales. Certaines de ces données seront transmises à l'association souscriptrice, à l'organisme assureur et à nos partenaires appelés à connaître l'adhésion en raison de sa gestion. Alptis Assurances prend toutes les précautions propres à assurer la sécurité et la confidentialité de vos données personnelles. Conformément à la loi "Informatique et libertés" du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent ; vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant. Vous pouvez exercer ces droits en vous adressant à : Alptis Assurances - 25 cours Albert Thomas - 69445 LYON CEDEX 03 ou [contact-cnif@alptis.fr](mailto:contact-cnif@alptis.fr). Alptis Assurances se chargera de diffuser ces éventuelles modifications aux autres destinataires.

### AUTORITÉ CHARGÉE DU CONTRÔLE

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

### FONDS DE GARANTIE

Il existe, selon l'organisme assureur :

- un fonds de garantie contre la défaillance des mutuelles et unions pratiquant des opérations d'assurance (article L. 431-1 du code de la mutualité) ;
- un fonds de garantie des assurés contre la défaillance des sociétés d'assurance de personnes instauré par la loi n° 99-532 du 25 juillet 1999 (article L. 423-1 du Code des assurances).

### PRESCRIPTION

**La prescription est l'extinction d'un droit après un délai prévu par la loi. Toutes actions dérivant du présent contrat sont prescrites dans les délais et termes des articles suivants du Code de la mutualité ou du Code des assurances selon l'organisme assureur.**

**Pour les organismes assureurs relevant du Code de la mutualité :**

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

Toutes actions dérivant des opérations régies par le présent titre sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

1° En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, du fait du membre participant, que du jour où la mutuelle ou l'union en a eu connaissance ;

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

Quand l'action du participant, du bénéficiaire ou de l'ayant droit contre la mutuelle ou l'union a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre le membre participant ou l'ayant droit, ou a été indemnisé par celui-ci (...).

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

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription\* et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec avis de réception adressée par la mutuelle ou l'union au membre participant, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par le membre participant, le bénéficiaire ou l'ayant droit à la mutuelle ou à l'union, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

**Pour les organismes assureurs relevant du Code des assurances :**

**Article L. 114-1 du Code des assurances :**

Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance. Toutefois, ce délai ne court :

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

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

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

## Article L.114-2 du Code des assurances :

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

**L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec avis de réception adressée par l'Assureur à l'Assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'Assuré à l'Assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.**

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

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

- la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait en l'espèce, par exemple, la reconnaissance de l'organisme assureur du droit de la garantie contestée (article 2240 du Code civil) ;
- l'exercice d'une action en justice, même en référé, y compris lorsque l'action est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé ;
- une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution à un acte d'exécution forcée [commandement de payer, saisie... (article 2244 du Code civil)] ;
- l'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait.

À noter que l'interpellation faite à l'un des héritiers d'un débiteur solidaire ou la reconnaissance de cet héritier, n'interrompt le délai de prescription que pour la part de cet héritier (article 2245 du Code civil) ;

- l'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance pour les cas de prescription applicables aux cautions (article 2246 du Code civil).”

## **SANCTIONS EN CAS DE FAUSSE DÉCLARATION**

Les déclarations faites par l'adhérent pour lui-même et les autres bénéficiaires des prestations servent de base à l'adhésion. **En cas de réticence, omission ou déclaration fautive ou inexacte intentionnelle ou non lors de l'adhésion ou lors de la déclaration de sinistre, seront appliquées selon les cas, les dispositions des articles L. 221-14 (nullité du contrat), L. 221-15 (réduction des indemnités) du Code de la mutualité, ou les dispositions des articles L. 113-8 (nullité du contrat) et L. 113-9 (réduction des indemnités) du Code des assurances.**

## **SUBROGATION**

En cas de sinistre provoqué par un tiers responsable, l'organisme assureur exercera son recours contre le tiers responsable à concurrence des prestations et indemnités versées au bénéficiaire.

## **EXAMEN DES RÉCLAMATIONS - MÉDIATION**

En cas de difficulté dans l'application du contrat, l'adhérent est invité à formuler d'abord sa réclamation au Service Client d'Alptis Assurances - 25, cours Albert Thomas - 69003 LYON ou à l'adresse suivante : [serviceclient@alptis.fr](mailto:serviceclient@alptis.fr) en précisant son numéro d'adhérent. Alptis Assurances en accusera réception dans un délai de 10 jours ouvrables (sauf si elle a pu lui apporter une réponse avant) et traitera la réclamation dans un délai maximum de 2 mois après réception, sauf circonstances exceptionnelles qui lui seraient alors exposées. Si la réponse apportée ne convient pas, l'adhérent peut adresser une nouvelle réclamation auprès de l'organisme assureur, les coordonnées de celui-ci sont à disposition de l'adhérent sur simple demande auprès d'Alptis Assurances. L'organisme assureur lui communiquera, si celle-ci est maintenue. Si la réponse ne lui convient pas il peut demander l'avis d'un médiateur indépendant.



**Alptis Assurances**

Intermédiaire d'assurance, gestionnaire du contrat

25, cours Albert Thomas - 69445 LYON CEDEX 03 • Tél. : 04 72 36 16 20 • Fax : 04 72 36 16 73 • Email : [serviceclient@alptis.fr](mailto:serviceclient@alptis.fr) • Internet : [www.alptis.org](http://www.alptis.org)

Société par Actions Simplifiée au capital de 10 000 000 € - RCS Lyon 335 244 489 - N° ORIAS : 07 005 850 - [www.orias.fr](http://www.orias.fr) - N° TVA : FR37335244489

Assurance de responsabilité civile professionnelle et garantie financière conformes au Code des assurances

## **CNP IAM**

SA au capital de 30 500 000 € entièrement libéré, filiale de CNP Assurances, au capital de 686 618 477 € entièrement libéré.

Entreprises régies par le Code des assurances. 383 024 189 RCS Paris - 341 737 062 RCS Paris - Siège social : 4, place Raoul Dautry - 75716 PARIS CEDEX 15



**Notice d'information** contractuelle

## Assistance Santé des Frontaliers

*"Nous mettons tous nos services  
d'assistance à votre disposition.  
Et ce ne sont pas que des mots."*

## PRÉAMBULE

Il a été conclu entre :

- d'une part, l'association Alptis Frontaliers dont le siège social est situé 25, cours Albert Thomas - 69445 LYON CEDEX 03, association régie par la loi de 1901,
- et d'autre part ACE European Group Limited dont le siège est situé 100 Leadenhall Street London, EC3A 3 BP - Royaume Uni - Direction Générale pour la France : le Colisée - 8, avenue de l'Arche - 92419 COURBEVOIE CEDEX (pour la garantie Exonération décès accidentel), et Fragonard Assurances dénommée aux termes de la présente notice ALPTIS ASSISTANCE dont le siège social est situé 2, rue Fragonard - 75017 PARIS (pour les garanties Assistance), entreprises régies par le Code des assurances, des contrats d'assurance de groupe à adhésion facultative n° 5.139.741 pour ACE European Group Limited et n° 30 U pour Fragonard Assurances.

Les relations précontractuelles et contractuelles entre les parties sont régies par le droit français et notamment par le Code des assurances. Les parties utiliseront la langue française pendant toute la durée de l'adhésion.

Les prestations sont accordées aux adhérents de l'association Alptis Frontaliers.

Bénéficient également de ces prestations d'assistance :

- leur conjoint ou concubin ou la personne avec laquelle l'adhérent a conclu un PACS,
- leurs enfants fiscalement à charge,
- leurs ascendants directs,

résidant en France métropolitaine et vivant habituellement sous le même toit et assurés au titre des contrats n° 1335 B ou n° 1336 C.

## QUI CONTACTER ?

**ALPTIS ASSISTANCE est à votre disposition 24 heures/24, 365 jours par an.** Dans tous les cas, n'hésitez jamais à appeler **ALPTIS ASSISTANCE**, même si vous n'êtes pas certain que cela entre dans le cadre des prestations qui vous sont proposées.

- Par téléphone au **01 48 97 74 72**
- Depuis l'étranger : numéro international du pays d'où émane l'appel suivi du **33 1 48 97 74 72**
- Par télécopie au **01 48 97 12 13**
- Depuis l'étranger : numéro international du pays d'où émane l'appel suivi du **33 1 48 97 12 13**

### SANS OUBLIER

- de rappeler votre numéro d'adhérent ;
- de préciser vos nom, prénom et adresse ;
- pour le service "Garde d'enfant malade à domicile", de vous munir d'un certificat médical concernant la santé de l'enfant ;
- pour le service "Ecole à domicile", de préciser les coordonnées de l'établissement scolaire fréquenté, et tous renseignements qui pourront être demandés sur la scolarité de l'enfant et son état de santé.

**Tous les renseignements médicaux transmis aux médecins d'ALPTIS ASSISTANCE sont strictement confidentiels.**

Lors de votre 1<sup>er</sup> appel, un numéro d'assistance vous sera communiqué : rappelez-le systématiquement lors de toutes vos relations ultérieures avec **ALPTIS ASSISTANCE**.

Les frais que vous serez amenés à engager pour appeler **ALPTIS ASSISTANCE** seront remboursés sur envoi des pièces justificatives originales, dans les 30 jours qui suivent l'appel.

## PRESTATIONS

### 1•EN CAS D'ACCIDENT OU DE MALADIE SUBITE AU DOMICILE

#### 1•1 Première urgence, recherche d'un médecin

Outre les secours de première urgence auxquels les bénéficiaires doivent faire appel en priorité, **ALPTIS ASSISTANCE** peut apporter son aide ou ses conseils, dans :

- la recherche d'un médecin, en l'absence du médecin traitant ;
- la recherche d'une place en milieu spécialisé (maison de retraite, de remise en forme, clinique, centre de thalasso, centre de rééducation...).

#### 1•2 Transport à l'hôpital

**ALPTIS ASSISTANCE** organise votre transport en ambulance jusqu'à l'hôpital ou la clinique que vous aurez choisi, de même que votre retour au domicile. Le coût du transport n'est pas pris en charge par **ALPTIS ASSISTANCE**, mais dans les conditions habituelles.

#### 1•3 Envoi de médicaments

**ALPTIS ASSISTANCE** organise la livraison des médicaments, leur coût restant à votre charge (remboursement dans les conditions habituelles).

### 2•EN CAS D'HOSPITALISATION

Si vous-même ou votre conjoint êtes hospitalisé **plus de 4 jours**, **ALPTIS ASSISTANCE** vous garantit les prestations suivantes :

#### 2•1 Garde d'enfants à domicile (maximum 12 h par jour)

Vous avez la garde de vos enfants ou petits-enfants de moins de 15 ans ; votre état de santé vous empêche de l'assurer. Dans ce cas, **ALPTIS ASSISTANCE** organise et prend en charge la prestation d'une assistante maternelle compétente à votre domicile, pendant 2 jours.

Ou, si vous le souhaitez, **ALPTIS ASSISTANCE** peut organiser le voyage de vos enfants ou petits-enfants de moins de 15 ans jusqu'au domicile de l'un de vos proches, résidant en France métropolitaine.

#### 2•2 Garde des animaux familiers

Vous possédez des animaux familiers (chiens, chats, oiseaux) et votre état de santé vous impose un séjour à l'hôpital. Dans ce cas, **ALPTIS ASSISTANCE** peut organiser le gardiennage à votre domicile ou dans un centre agréé. Cette prestation est limitée à 30 jours par événement.

#### 2•3 Garde ou transfert des personnes dépendantes (maximum 12 h par jour)

**ALPTIS ASSISTANCE** fait le nécessaire pour :

- soit organiser et prendre en charge la garde des personnes dépendantes habitant sous votre toit, pendant 2 jours ;
- soit organiser et prendre en charge le coût du transport de ces personnes chez des proches résidant en France métropolitaine.

### 2•4 Garde ou transfert des autres enfants (maximum 12 h par jour)

Si l'un des enfants est hospitalisé, **ALPTIS ASSISTANCE** organise et prend en charge :

- soit la garde des autres enfants de moins de 15 ans pendant 2 jours ;
- soit leur transport chez des proches résidant en France métropolitaine.

### 2•5 Aide à domicile

En cas d'hospitalisation de **plus de 4 jours**, pour vous-même ou votre conjoint, de naissances multiples, ou lorsque le séjour à la maternité excède 8 jours, **ALPTIS ASSISTANCE** met à votre disposition une aide à domicile, afin de vous aider dans vos tâches et démarches quotidiennes, pendant 4 fois deux heures à répartir dans les 15 jours calendaires suivant votre retour au domicile.

Cette prestation peut être portée à 6 fois deux heures si vous avez la charge d'un enfant de moins de 10 ans, si vous vivez seul, si votre conjoint est handicapé. **ALPTIS ASSISTANCE** vous accorde également cette prestation en cas d'hospitalisation au domicile de plus de 4 jours.

### 2•6 Présence d'un proche parent (ou ami) en cas d'hospitalisation

Si vous-même ou votre conjoint êtes hospitalisé **plus de 4 jours**, **ALPTIS ASSISTANCE** prend en charge le transport aller/retour d'un proche, résidant en France métropolitaine, en mettant à sa disposition un billet de train 1re classe ou d'avion classe économique, lorsque seul ce moyen peut être utilisé, pour se rendre à votre domicile. **ALPTIS ASSISTANCE** participe aux frais d'hôtel à concurrence d'un montant maximum de 276 € TTC (frais de restauration exclus) lorsque le proche n'a pas d'autres moyens d'hébergement.

## 3•GARDE D'ENFANT MALADE AU DOMICILE (maximum 12 h par jour)

**Ce service vous permet de continuer à assurer votre activité professionnelle au cas où votre enfant serait malade ou blessé, et aurait besoin de la présence d'une personne à son chevet et à votre domicile.**

**ALPTIS ASSISTANCE** se charge de rechercher et d'envoyer chez vous, une personne compétente, afin d'assurer cette garde, et prend en charge le coût correspondant, dans la limite de 4 jours consécutifs, au sein de vos heures normales de travail.

#### Conditions médicales et administratives

Toute demande doit être justifiée par un certificat médical indiquant que la présence d'une personne est nécessaire auprès de votre enfant malade ou blessé. Il faut impérativement communiquer à **ALPTIS ASSISTANCE** les coordonnées du médecin ayant établi le certificat médical, et autoriser la personne qui gardera l'enfant à joindre **ALPTIS ASSISTANCE** par téléphone, si nécessaire.

## 4•ÉCOLE À DOMICILE

**A compter du 16<sup>e</sup> jour calendaire consécutif d'absence scolaire de l'enfant, ALPTIS ASSISTANCE recherche et envoie au domicile de l'enfant, un répétiteur scolaire**, qui lui permettra, grâce à des cours particuliers, de poursuivre sa scolarité dans les principales matières (Français, Mathématiques, Langues étrangères -première et seconde langues inscrites au programme scolaire-, Physique-Chimie, Histoire- Géographie, Sciences naturelles). **ALPTIS ASSISTANCE** prend en charge les coûts occasionnés, à raison de 10 heures par semaine, 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.

La prestation est acquise pendant 60 jours maximum à compter du 16<sup>e</sup> jour calendaire consécutif d'absence scolaire de l'enfant et cesse dès que l'enfant a repris normalement ses cours. Elle cesse en tout état de cause, le dernier jour de l'année scolaire, et ne s'applique pas pendant les vacances scolaires. Le répétiteur scolaire est autorisé par l'adhérent, à prendre contact, si nécessaire, avec l'établissement scolaire de l'enfant, afin d'examiner l'étendue du programme à étudier. Lorsque l'enfant est hospitalisé, les cours seront effectués, dans la mesure du possible, dans les mêmes conditions, et sous réserve de l'accord explicite de l'établissement hospitalier, ainsi que des médecins et du personnel soignant.

#### Conditions médicales et administratives

L'adhérent devra justifier sa demande, en présentant un certificat médical indiquant la nature de la maladie ou de l'accident, et précisant :

- que l'enfant ne peut, compte tenu de cette maladie ou de cet accident, se rendre dans son établissement scolaire ;
- la durée de son immobilisation.

Le certificat médical sera adressé à l'équipe médicale d'**ALPTIS ASSISTANCE**. La maladie est définie comme "toute altération de la santé constatée par une autorité médicale compétente", et l'accident, comme "une atteinte corporelle, non intentionnelle de la part du bénéficiaire, provenant de l'action soudaine d'une cause extérieure". La prestation s'applique du cours préparatoire à la terminale des lycées d'enseignement général. Elle ne s'applique pas pendant les vacances scolaires. 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 :

- pour les maladies ou accidents et leurs conséquences, antérieurs à la date d'effet des garanties ;
- dans le cadre des exclusions de la garantie "médico-chirurgicale".

## 5•SERVICE BIEN-ÊTRE

**Les médecins d'ALPTIS ASSISTANCE sont à votre disposition du lundi au samedi de 9 heures à 20 heures pour répondre à toutes questions de nature médicale et, notamment dans les domaines suivants :** la santé, les vaccinations, la mise en forme, la diététique, la puériculture. Ils pourront vous fournir les informations liées aux lieux d'hébergement et d'accueil en France après hospitalisation (maison de repos, maison de long séjour...). **Les informations données aux adhérents le seront toujours dans le respect de la déontologie médicale** (confidentialité et respect du secret médical). **Elles ne peuvent se substituer à une consultation médicale et ne peuvent donner lieu à une quelconque prescription.**

## 6•ASSISTANCE "ALLO MAMAN BÉBÉ"

**30 jours avant et 30 jours après la naissance de votre enfant, du lundi au samedi de 10 heures à 18 heures (hors jours fériés).**

#### Conseils par téléphone

Une équipe de professionnels d'**ALPTIS ASSISTANCE** répondent aux questions relatives au bien-être du nouveau-né sur des sujets tels que l'alimentation, le sommeil, l'hygiène...

#### Service à domicile

**Dans le cadre d'une maternité, ALPTIS ASSISTANCE met à la disposition du bénéficiaire un service spécifique destiné à répondre aux questions relatives au bien-être du nouveau-né ou d'ordre général. Ce service comprend notamment :**

- l'orientation vers les structures spécifiques locales et légitimes,
- la coordination dans la recherche de multi-financement d'un personnel qualifié en matière de Protection Maternelle Infantile.

**Ce service est accessible de 9 h 00 à 18 h 00.**

**ALPTIS ASSISTANCE met à votre disposition une aide à domicile pendant 5 heures réparties dans les 15 jours qui suivent le retour au domicile. En cas de naissance multiple, le volume d'heures sera porté à 8 heures.**

## 7•CONSEIL VIE PRATIQUE

**ALPTIS ASSISTANCE** est à votre disposition 24H/24, pour rechercher et vous communiquer les numéros d'appels téléphoniques :

- des taxis, gares, aéroports, loueurs de véhicules, gendarmeries ;
- des entreprises de dépannage situées dans un rayon de 30 km de votre domicile, telles que : plomberie, menuiserie, électricité, serrurerie, vitrerie, etc.
- d'aides à domicile (infirmières, gardes malades...).

La prestation se limite à communiquer un ou plusieurs numéros téléphoniques.

**ALPTIS ASSISTANCE** ne recommande aucune entreprise, et ne peut être impliqué du fait de la qualité du travail ou de la rapidité de son exécution.

## 8•AIDE À LA RECHERCHE D'EMPLOI

**Si vous-même ou votre conjoint perdez votre emploi ou effectuez un dépôt de bilan de votre entreprise ou de votre commerce, ALPTIS ASSISTANCE met à votre disposition du lundi au vendredi de 9 heures à 18 heures, sa cellule spécifique d'accueil téléphonique composée de conseillers en recherche d'emploi et chargés d'assistance.**

Cette cellule vous assiste dans les situations suivantes :

### 8•1 Réalisation d'un bilan de situation professionnelle

**ALPTIS ASSISTANCE** vous informe et vous conseille sur la rédaction de lettre de motivation, de candidature spontanée, de réponse à une annonce.

### 8•2 Entretien d'embauche

**ALPTIS ASSISTANCE** vous prépare au déroulement de ces entretiens et notamment par la fourniture d'une liste type des attitudes à avoir et à ne pas avoir.

### 8•3 Conseils sur la presse spécialisée

**ALPTIS ASSISTANCE** vous communique une liste de journaux auxquels il y a lieu de s'abonner et vous conseille sur la manière de déjouer les fausses annonces.

### 8•4 Limite des garanties

La garantie prend fin à la date où le bénéficiaire reprend une activité rémunérée totale ou partielle, quelle qu'en soit la nature, que ce soit ou non au titre de salarié et dans tous les cas 12 mois après la date effective du licenciement ou du dépôt de bilan.

L'intervention d'**ALPTIS ASSISTANCE** est limitée à la France métropolitaine.

### 8•5 Risques exclus

- La mise en retraite ou pré-retraite.
- La perte d'emploi après démission du salarié ou à l'expiration d'un contrat de travail à durée déterminée.
- Le licenciement non pris en charge par les institutions visées aux articles L. 5424-1 et suivants, L. 5427-1 et suivants et R. 5427-2 et suivants du Code du travail.
- Le chômage dit partiel et le chômage saisonnier.

**ALPTIS ASSISTANCE** ne pourra être tenue que par une obligation de moyens.

## 9•ASSISTANCE DÉCÈS

**ALPTIS ASSISTANCE met à la disposition de la famille sa banque de données dans les domaines suivants :** fiscalité, banques, droit successoral, assurances, état civil, droit civil et familial, gestion de patrimoine...

**Ce service de renseignements téléphoniques est assuré par une équipe de chargés d'informations du lundi au samedi de 9 heures à 20 heures ;** certaines demandes pouvant nécessiter des recherches et investigations, un rendez-vous téléphonique sera alors pris sous 48 heures.

**Les prestations sont uniquement téléphoniques :** aucun des conseils dispensés par l'équipe de chargés d'informations ne peut se substituer aux intervenants habituels tels qu'avocats, conseillers juridiques.

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

## 10•EXONÉRATION DES COTISATIONS SANTÉ EN CAS DE DÉCÈS ACCIDENTEL

En cas de décès **accidentel** de l'adhérent ou de son conjoint inscrit au dossier, gratuité pendant 2 ans des cotisations "Frais de Santé", du conjoint et des enfants inscrits au dossier au jour du décès.

Pour bénéficier de l'exonération des cotisations "Frais de Santé", adressez le certificat de décès à **Alptis Assurances - Service prestations prévoyance - 69445 LYON CEDEX 03.**

## 11•RAPATRIEMENT DÉCÈS DE SUISSE

En cas de décès lors d'un séjour professionnel de moins de 90 jours consécutifs en Suisse exclusivement de l'adhérent ou de son conjoint bénéficiaire de la garantie "Frais de Santé", **ALPTIS ASSISTANCE** organise le transfert ou le rapatriement du corps jusqu'au lieu d'inhumation en France métropolitaine situé dans une limite de 100 km de la frontière franco-suisse. Le choix des sociétés intervenant dans le processus de rapatriement, pompes funèbres, transporteurs, etc., est du ressort exclusif d'**ALPTIS ASSISTANCE**. Sont pris en charge les frais liés au transport, les frais administratifs ainsi que les frais de cercueil liés au transport dans une limite de 763 € TTC.

### 11•1 Exclusions sur le rapatriement du corps

**Sont exclus tous les frais non indispensables au transport du corps, tels que les ornements ou accessoires, ainsi que le déplacement vers un établissement de soins.**

### 11•2 Retour différé du corps

A la suite d'une inhumation sur place, **ALPTIS ASSISTANCE** prend en charge les frais de rapatriement. Les frais d'exhumation sont exclus.

## LIMITATION DE LA GARANTIE ASSISTANCE ALPTIS FRONTALIERS

**La garantie d'assistance prend fin en même temps que la garantie Santé Frontaliers.**

La garantie s'applique en France métropolitaine.

### Délais de mise en place

Dès votre appel, **ALPTIS ASSISTANCE** met tout en œuvre pour répondre au plus vite à votre demande.

## BILLETTERIE

Si un billet de transport a été délivré, **ALPTIS 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.

Toutefois :

- pour les garanties "En cas d'hospitalisation" et "Garde d'enfant malade au domicile", **ALPTIS ASSISTANCE** se réserve un délai maximum de 5 heures, à compter des heures d'ouverture des réseaux d'assistantes maternelles agréées, d'aides à domicile ou des réseaux de gardiennage, pour répondre à votre demande.
- pour la garantie "Ecole à domicile", **ALPTIS ASSISTANCE** se réserve un délai maximum de 48 heures à compter de votre appel, pour rechercher et acheminer un répétiteur.

## INFORMATIONS DIVERSES

### ORGANISMES DE CONTRÔLE

L'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), 61 rue Taitbout - 75436 PARIS CEDEX 09, est chargée du contrôle de Mondial Assistance France SAS, de Fragonard Assurances et d'Alptis Assurances.

Financial Services Authority, 25 the north colonnade, Canary Wharf Londres, E14 SHS Royaume-Uni, est chargée du contrôle d'ACE European Group Limited.

### LOI INFORMATIQUE ET LIBERTÉS

Conformément à la "Loi Informatique et Libertés" n° 78-17 du 6 janvier 1978, modifiée par la loi n° 2004-801 du 6 août 2004, le Bénéficiaire dispose d'un droit d'opposition, d'accès, de modification, de rectification et de suppression de toute information le concernant, qui figurerait dans les fichiers, en s'adressant à Mondial Assistance France - Direction technique - Service juridique - Tour Galliéni II - 36, avenue du Général de Gaulle - 93175 BAGNOLET CEDEX.

**En application de sa politique de maîtrise des risques et de la lutte anti-fraude, Mondial Assistance se réserve le droit de procéder à tout contrôle des informations transmises lors de l'exécution et de la gestion des prestations.**

### RÉCLAMATIONS

Lorsqu'un bénéficiaire est mécontent du traitement de sa demande, sa première démarche doit être d'en informer son interlocuteur habituel pour que la nature de son insatisfaction soit comprise et que des solutions soient recherchées.

En cas de désaccord, le bénéficiaire peut adresser une réclamation à l'adresse suivante : Mondial Assistance France SAS - Service Traitement des Réclamations - TSA 20043 - 75379 PARIS CEDEX 08.

Un accusé de réception parviendra au bénéficiaire dans les 10 (dix) jours ouvrables (hors dimanches et jours fériés) à compter de la réception de la réclamation, sauf si la réponse à sa réclamation lui est transmise dans ces délais.

Une réponse lui sera fournie au plus tard dans les 2 (deux) mois suivant la date de réception de sa réclamation, hors survenance de circonstances particulières dont L'ASSISTEUR le tiendrait informé.

### ATTRIBUTION DE JURIDICTION

Tout différend touchant à l'interprétation ou à l'exécution de la présente convention sera porté devant le Tribunal compétent.

### CADRE JURIDIQUE

Les prestations d'assistance sont mises en œuvre par **Mondial Assistance France SAS** - 54, rue de Londres - 75008 PARIS - Société par Actions Simplifiée au capital de 7 538 389,65 € - 490 381 753 RCS Paris - Siret : 490 381 753 00014 - Société de courtage d'assurances immatriculée à l'ORIAS ([www.orias.fr](http://www.orias.fr)) sous le numéro 07 026 669,

et assurées par Fragonard Assurances - 2, rue Fragonard - 75017 PARIS - Société Anonyme au capital de 37 207 660 € - 479 065 351 RCS Paris - Siret : 479 065 351 00013 - entreprise régie par le Code des assurances, ci-avant dénommée **ALPTIS ASSISTANCE**.

Les prestations exonération des cotisations santé sont assurées par **ACE European Group Limited** dont le siège social est situé 100 Leadenhall Street Londres EC3A 3BP Royaume Uni, société de droit étranger au capital de 544.741.144 £, enregistrée au registre du commerce et des compagnies de l'Angleterre et du Pays de Galles, sous le numéro 111 2892. Direction générale pour la France : Le Colisée - 8, avenue de l'Arche 92419 COURBEVOIE CEDEX - 450 327 374 RCS Nanterre - APE 65.12 Z - entreprise régie par le Code des assurances.



### Alptis Assurances

Intermédiaire d'assurance, gestionnaire du contrat

25, cours Albert Thomas - 69445 LYON CEDEX 03 • Tél. : 04 72 36 16 20 • Fax : 04 72 36 16 73 • Email : [serviceclient@alptis.fr](mailto:serviceclient@alptis.fr) • Internet : [www.alptis.org](http://www.alptis.org)

Société par Actions Simplifiée au capital de 10 000 000 € - RCS Lyon 335 244 489 - N° ORIAS : 07 005 850 - [www.orias.fr](http://www.orias.fr) - N° TVA : FR37335244489

Assurance de responsabilité civile professionnelle et garantie financière conformes au Code des assurances

### Mondial Assistance France SAS

54, rue de Londres - 75008 PARIS

Société par Actions Simplifiée au capital de 7 538 389,65 € - 490 381 753 RCS Paris - Siret : 490 381 753 00014

Société de courtage d'assurances immatriculée à l'ORIAS ([www.orias.fr](http://www.orias.fr)) sous le numéro 07 026 669

### Fragonard Assurances

2, rue Fragonard - 75017 PARIS - Société Anonyme au capital de 37 207 660 € - 479 065 351 RCS Paris - Siret : 479 065 351 00013

Entreprise régie par le Code des assurances, ci-avant dénommée ALPTIS ASSISTANCE

### ACE European Group Limited

100 Leadenhall Street Londres EC3A 3BP Royaume Uni, société de droit étranger au capital de 544.741.144 £, enregistrée au registre du commerce et des compagnies de l'Angleterre et du Pays de Galles, sous le numéro 111 2892. Direction générale pour la France : Le Colisée - 8, avenue de l'Arche 92419 COURBEVOIE CEDEX 450 327 374 RCS Nanterre - APE 65.12 Z - entreprise régie par le Code des assurances



## Notice d'information contractuelle

# Protection Juridique Santé des Frontaliers

*“Pour sa Santé, pouvoir compter  
sur les conseils de Professionnels  
du Droit, c'est important !”*

Le présent document constitue la notice d'information contractuelle du contrat Alptis Protection Juridique Santé des Frontaliers n° 01 ALPTIS 002.

Réf : **PJSF**

Il a été conclu entre :

- d'une part, l'association Alptis Frontaliers dont le siège social est situé 25, cours Albert Thomas - 69445 LYON CEDEX 03, association régie par la loi de 1901,
- et d'autre part, CFDP Assurances (Compagnie Française de Défense et de Protection) dont le siège social est situé 1, place Francisque Régaud - 69002 LYON, entreprise régie par le Code des assurances,

le contrat d'assurance de groupe de Protection Juridique Santé des Frontaliers n° 01 ALPTIS 002.

Ce contrat est ouvert aux membres de l'association Alptis Frontaliers.

Les relations précontractuelles et contractuelles entre les parties sont régies par le droit français et notamment par le Code des assurances. Les parties utiliseront la langue française pendant toute la durée de l'adhésion.

***"Vous avez été victime d'une agression et avez subi un traumatisme à la fois physique et psychologique..."***

***Après une opération de routine, des complications surviennent : l'établissement de soins conteste son implication..."***

Écoute et renseignements juridiques, un seul numéro

 N° Indigo 0 821 444 557

0,12 € TTC / MN

## CFDP ASSURANCES INTERVIENT

**Vous êtes victime d'une agression ou d'une atteinte accidentelle à votre intégrité physique et/ou morale** et souhaitez être assisté et faire valoir vos droits à l'encontre de l'auteur responsable de votre préjudice.

**Vous avez été victime d'une erreur médicale, d'un retard ou d'une erreur de diagnostic, d'une infection nosocomiale ou d'un défaut de conseil d'un praticien à l'occasion d'une maladie, d'une hospitalisation, ou de tous soins ou examens médicaux** et souhaitez être assisté et faire valoir vos droits face à :

- un établissement de soins public ou privé ;
- un professionnel de santé ;
- l'ONIAM (Office National d'Indemnisation des Accidents Médicaux).

## CFDP ASSURANCES S'ENGAGE

- **A vous écouter** et vous fournir des renseignements juridiques.
- **A vous recevoir** sur simple rendez-vous.
- **A vous informer** sur vos droits et les mesures nécessaires à la sauvegarde de vos intérêts.
- **A vous conseiller** sur la conduite à tenir devant un différend.
- **A vous aider** à réunir les pièces et témoignages nécessaires à la constitution de votre dossier de réclamation ou de défense et à effectuer les démarches nécessaires pour obtenir une solution négociée et amiable.
- **A vous faire assister et soutenir** par des Experts qualifiés tels que des notaires, des médecins, des psychologues ou autres consultants quand la spécificité de la matière le nécessite. L'Expert vous assistera et rendra si besoin une consultation écrite après vous avoir entendu. Cet avis consultatif destiné à étayer votre réclamation ou votre défense vous sera communiqué. CFDP Assurances prend en charge les frais et honoraires de cet Expert dans la limite des montants contractuels de prise en charge.

**Et lorsque toute tentative de transaction sur un terrain amiable a échoué ou lorsque votre adversaire est assisté par un avocat :**

- **A vous faire représenter** par l'auxiliaire de justice de votre choix.
- **A prendre en charge, dans la limite des montants contractuels garantis :**
  - les frais et honoraires des avocats et experts,
  - les frais de procès comprenant notamment les frais d'huissiers, d'expertise judiciaire, la taxe d'appel, la contribution pour l'aide juridique...

• **A organiser votre défense judiciaire en respectant le libre choix de votre défenseur.**

Conformément à l'article L.127-3 du Code des assurances, lorsque vous faites appel à un avocat ou toute autre personne qualifiée par la législation ou la réglementation en vigueur pour vous défendre, vous représenter ou servir vos intérêts, Vous avez la liberté de le choisir.

Vous choisissez donc en toute liberté et indépendance l'avocat chargé de vos intérêts ; CFDP Assurances intervient seulement pour donner son accord sur le principe de la saisine mais ne désigne pas d'avocat à votre place.

Si vous n'en connaissez pas, vous pouvez vous rapprocher de l'Ordre des Avocats du barreau compétent ou demander par écrit à CFDP Assurances de vous communiquer les coordonnées d'un avocat. Vous avez la maîtrise de la direction du procès en concertation avec l'avocat que vous avez choisi.

Lors de la saisine de l'avocat, celui-ci est tenu, en application des règles déontologiques de sa profession, de vous faire signer une convention d'honoraires afin de vous informer des modalités de détermination de ses honoraires et de l'évolution prévisible de leur montant.

Par principe, vous faites l'avance des frais et honoraires et CFDP Assurances vous rembourse sur justificatifs le montant des factures réglées dans la limite des montants contractuels garantis. Si la convention d'honoraires le prévoit ou si vous en faites la demande, CFDP Assurances peut procéder directement au règlement de la facture adressée par l'avocat, et ce dans la limite des montants contractuels garantis.

Qu'il s'agisse d'un paiement direct ou d'un remboursement, le règlement de CFDP Assurances sera effectué au plus tard trente (30) jours après réception des justificatifs et interviendra Toutes Taxes Comprises.

- **A vous répondre et traiter votre demande, dans toutes les hypothèses, dans les trois (3) jours ouvrables.**

## PLAFONDS, FRANCHISES ET SEUILS D'INTERVENTION

	France	Suisse	Autres pays
Plafond maximum de prise en charge TTC par litige	31 017 €	100 491 CHF	3 000 € ou équivalent
• dont Démarches amiables	517 €	1 675 CHF	
• dont Expertise Judiciaire	2 585 €	4 187 CHF	
Seuil d'intervention	0 €	0 CHF	0 €
Franchise	0 €	0 CHF	0 €

## MONTANTS CONTRACTUELS DE PRISE EN CHARGE POUR LES LITIGES DÉPENDANT DES JURIDICTIONS FRANÇAISES (en € TTC)

Consultation d'Experts (notaires, médecins, psychologues, experts d'assurés, consultants)	362	Tribunal d'Instance Juridiction de proximité	775,50
Démarches amiables d'un avocat : • Intervention amiable • Protocole ou transaction	103,50 310,50	Tribunal de Grande Instance Tribunal Administratif Tribunal des Affaires de Sécurité sociale Autres juridictions du 1 <sup>er</sup> degré	1 034
Assistance préalable à toute procédure pénale Assistance à une instruction ou à une expertise judiciaire	362	Référé Référé d'heure à heure	620,50 775,50
Expertise amiable	1 034	Ordonnance du Juge de la mise en état	620,50
Démarche au parquet (forfait)	119	Ordonnance sur requête (forfait)	414
Médiation conventionnelle ou judiciaire	517	Cour d'Appel	1 034
Tribunal de Police	517	Recours devant le 1 <sup>er</sup> Président - Cour d'Appel	517
Tribunal Correctionnel	827,50	Cour de Cassation Conseil d'État Cour d'Assises	1 758
Commissions diverses	517	Juge de l'Exécution	620,50

## MONTANTS CONTRACTUELS DE PRISE EN CHARGE POUR LES LITIGES DÉPENDANT DES JURIDICTIONS SUISSES (en CHF TTC)

Consultation d'Experts (notaires, médecins, psychologues, experts d'assurés, consultants)	810
Démarches amiables d'un avocat : • Consultation • Intervention amiable • Protocole ou transaction	810 486 810
Expertise amiable	1 675
<u>Tribunaux civils dont :</u> • Juge de Paix (matière civile ≤ CHF 4000) • Tribunal de 1 <sup>ère</sup> instance • Tribunal de commerce • Tribunal des baux • Prud'hommes <u>Tribunaux pénaux dont :</u> • Tribunaux économiques • Tribunaux des mineurs <u>Tribunaux administratifs dont :</u> • Tribunaux des assurances	3 241
Tribunal cantonal / Cour suprême cantonale	3 241
Tribunal fédéral	3 241
Emoluments forfaitaires, frais de procédure	4 500

Les montants sont cumulables et représentent le maximum des engagements par intervention ou juridiction. Ces montants comprennent les frais habituels à la gestion d'un dossier (frais de copie, de téléphone, de déplacement, etc) et constituent la limite de prise en charge même si vous changez d'avocat. Les honoraires sont réglés une fois la prestation effectuée.

## VOUS VOUS ENGAGEZ

- **A déclarer le sinistre** à CFDP Assurances dès que vous en avez connaissance sauf cas de force majeure, afin que CFDP Assurances puisse défendre au mieux vos intérêts. CFDP Assurances ne peut néanmoins vous opposer une déchéance de garantie pour déclaration tardive que s'il est prouvé que le retard dans la déclaration lui a causé un préjudice. Vous devez préciser la nature et les circonstances de votre litige ou différend et transmettre toutes les informations utiles telles que avis, lettres, convocations, actes d'huissier, éventuelles assignations...
- **A relater les faits** et circonstances avec la plus grande précision et sincérité.
- **A fournir dans les délais prescrits par la loi ou les règlements tous documents à caractère obligatoire.**
- **A établir par tous moyens la réalité du préjudice** que vous alléguiez. **CFDP Assurances ne prend jamais en charge les frais de rédaction d'actes, d'expertises, les constats d'huissier, les frais liés à l'obtention de témoignages, d'attestations ou de toutes autres pièces justificatives destinées à constater ou à prouver la réalité de votre préjudice, à identifier ou à rechercher votre adversaire, diligentés à titre conservatoire ou engagés à votre initiative.**
- **A ne prendre aucune initiative sans concertation préalable avec CFDP Assurances.** Si vous prenez une mesure, de quelque nature qu'elle soit, mandatez un avocat ou tout autre auxiliaire de justice, expert ou sachant, avant d'en avoir avisé CFDP Assurances et obtenu son accord écrit, les frais exposés restent à votre charge. Néanmoins, si vous justifiez d'une situation d'urgence caractérisée nécessitant la prise immédiate d'une mesure conservatoire, CFDP Assurances vous remboursera, dans la limite des montants contractuels garantis, les frais et honoraires des intervenants que vous avez mandatés sans avoir obtenu son accord préalable.

## L'APPLICATION DE LA GARANTIE DANS LE TEMPS

### LA DURÉE DE LA GARANTIE

La garantie du contrat prend effet dès l'adhésion au contrat et est applicable pendant toute la durée de l'adhésion, sauf pendant les périodes de suspension du contrat d'assurance santé souscrit auprès de l'association Alptis Frontaliers.

### LA PRESCRIPTION

Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux (2) ans à compter de l'événement qui y donne naissance (article L. 114-1 du Code des assurances).

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 ne court pas ou est suspendue contre celui qui est dans l'impossibilité d'agir par suite d'un empêchement résultant de la loi, de la convention ou de la force majeure.

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

L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec avis de réception adressée par l'assureur à l'assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'assuré à l'assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité (article L. 114-2 du Code des assurances).

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription sont :

- la demande en justice,
- l'acte d'exécution forcée,
- la reconnaissance du droit par le débiteur

Un nouveau délai de deux (2) ans court à compter de l'acte interruptif de prescription ; il peut être suspendu ou interrompu dans les mêmes conditions que le premier.

## L'APPLICATION DE LA GARANTIE DANS L'ESPACE

La garantie s'exerce en France et en Suisse.

## CFDP ASSURANCES N'INTERVIENT JAMAIS POUR

- LES LITIGES OU DIFFÉRENDS TROUVANT LEUR ORIGINE DANS UNE CATASTROPHE NATURELLE AYANT FAIT L'OBJET D'UN ARRÊTÉ MINISTÉRIEL OU PRÉFECTORAL, UNE GUERRE CIVILE OU ÉTRANGÈRE, UNE ÉMEUTE, UN MOUVEMENT POPULAIRE, UNE MANIFESTATION, UNE RIXE, UN ATTENTAT, UN ACTE DE VANDALISME, DE SABOTAGE OU DE TERRORISME ;
- LES LITIGES OU DIFFÉRENDS EN RAPPORT AVEC UNE VIOLATION INTENTIONNELLE DES OBLIGATIONS LÉGALES OU INCONTESTABLES, UNE FAUTE, UN ACTE FRAUDULEUX OU DOLOSIF QUE VOUS AVEZ COMMIS VOLONTAIREMENT CONTRE LES BIENS ET LES PERSONNES EN PLEINE CONSCIENCE DE LEURS CONSÉQUENCES DOMMAGEABLES ET NUISIBLES ;
- LES LITIGES OU DIFFÉRENDS RELEVANT D'UNE GARANTIE DUE PAR UNE COMPAGNIE D'ASSURANCE DOMMAGES OU RESPONSABILITÉ CIVILE (SAUF OPPOSITION D'INTÉRÊT OU REFUS INJUSTIFIÉ D'INTERVENIR DE CELLE-CI) AINSI QUE CEUX RELEVANT DU DÉFAUT DE SOUSCRIPTION PAR VOUS D'UNE ASSURANCE OBLIGATOIRE ;
- LES LITIGES OU DIFFÉRENDS DONT LES MANIFESTATIONS INITIALES SONT ANTÉRIEURES ET CONNUES DE VOUS À LA PRISE D'EFFET DE L'ADHÉSION AU CONTRAT OU QUI PRÉSENTENT UNE PROBABILITÉ D'OCCURRENCE À L'ADHÉSION,
- LES LITIGES OU DIFFÉRENDS SURVENANT LORSQUE VOUS ÊTES EN ÉTAT D'IVRESSE PUBLIC ET MANIFESTE OU LORSQUE LE TAUX D'ALCOOLÉMIÉ EST ÉGAL OU SUPÉRIEUR À CELUI LÉGALEMENT ADMIS DANS LE PAYS OÙ A LIEU LE SINISTRE, OU SOUS L'INFLUENCE DE SUBSTANCES OU DE PLANTES CLASSÉES COMME STUPÉFIANTS OU LORSQUE VOUS REFUSEZ DE VOUS SOUMETTRE A UN DÉPISTAGE ;
- LES LITIGES OU DIFFÉRENDS DU TRAVAIL OU RELATIFS À L'EXPRESSION D'OPINIONS POLITIQUES, RELIGIEUSES, PHILOSOPHIQUES OU SYNDICALES ;
- LE DROIT DES PERSONNES (LIVRE 1<sup>ER</sup> DU CODE CIVIL), LES SUCCESSIONS, LIBÉRALITÉS ET RÉGIMES MATRIMONIAUX ;
- LE RECouvreMENT DE VOS CRÉANCES ;
- LES LITIGES OU DIFFÉRENDS VOUS OPPOSANT À L'ASSOCIATION ALPTIS FRONTALIERS.

## CFDP ASSURANCES NE PREND JAMAIS EN CHARGE

- LES FRAIS ENGAGÉS SANS SON ACCORD PRÉALABLE.
- LES AMENDES, LES CAUTIONS, LES ASTREINTES, LES INTÉRÊTS ET PÉNALITÉS DE RETARD.
- TOUTE SOMME DE TOUTE NATURE À LAQUELLE VOUS POURRIEZ ÊTRE CONDAMNÉ À TITRE PRINCIPAL ET PERSONNEL.
- LES FRAIS ET DÉPENS EXPOSÉS PAR LA PARTIE ADVERSE ET QUE VOUS DEVEZ SUPPORTER PAR DÉCISION JUDICIAIRE.
- LES SOMMES AU PAIEMENT DESQUELLES VOUS POURRIEZ ÊTRE ÉVENTUELLEMENT CONDAMNÉ AU TITRE DES ARTICLES 700 DU CODE DE PROCÉDURE CIVILE, 375 ET 475-1 DU CODE DE PROCÉDURE PÉNALE, L. 761-1 DU CODE DE LA JUSTICE ADMINISTRATIVE, AINSI QUE LEURS ÉQUIVALENTS DEVANT LES JURIDICTIONS SUISSES OU ÉTRANGÈRES.
- LES SOMMES DONT VOUS ÊTES LÉGALEMENT REDEVABLE AU TITRE DE DROITS PROPORTIONNELS.
- LES HONORAIRES DE RÉSULTAT.

## LA PROTECTION DE VOS INTÉRÊTS

### LE SECRET PROFESSIONNEL

**Article L. 127-7 du Code des assurances** : les personnes qui ont à connaître des informations que vous communiquez pour les besoins de votre cause, dans le cadre du contrat, sont tenues au secret professionnel.

### L'OBLIGATION À DÉSISTEMENT

Toute personne, chargée d'une prestation juridique, qui a un intérêt direct ou indirect à son objet, doit se désister.

### L'EXAMEN DE VOS RÉCLAMATIONS

Une réclamation est une déclaration actant le mécontentement d'un client envers un professionnel : une demande de service ou de prestation, d'information, de clarification ou d'avis n'est pas une réclamation.

Toute réclamation concernant le contrat, sa distribution ou le traitement d'un litige ou différend, peut être formulée, si sa réponse ne vous satisfait pas, auprès du Service Relation Clientèle de l'Assureur :

- par courrier à CFDP Assurances - Service Relation Client - 1 place Francisque Regaud - 69002 LYON,
- par mail à [relationclient@cdfp.fr](mailto:relationclient@cdfp.fr).

A compter de la réception de la réclamation, l'Assureur s'engage :

- à en accuser réception sous dix (10) jours ouvrables,
- et, en tout état de cause, à la traiter dans un délai maximum de deux (2) mois.

### LE DÉSACCORD OU L'ARBITRAGE

**Article L. 127-4 du Code des assurances** : en cas de désaccord entre vous et CFDP Assurances au sujet de mesures à prendre pour régler un litige ou différend, cette difficulté peut être soumise à l'appréciation d'une tierce personne désignée d'un commun accord par les parties ou, à défaut, par le Président du Tribunal de Grande Instance statuant en la forme des référés. Les frais exposés pour la mise en œuvre de cette faculté sont à la charge de CFDP Assurances ; toutefois, le Président du Tribunal de Grande Instance, statuant en la forme des référés, peut en décider autrement lorsque vous avez mis en œuvre cette faculté dans des conditions abusives. Si vous avez engagé à vos frais une procédure contentieuse et obtenez une solution plus favorable que celle qui vous avait été proposée par CFDP Assurances ou par la tierce personne mentionnée à l'alinéa précédent, CFDP Assurances vous indemnise des frais exposés pour l'exercice de cette action, dans la limite des montants contractuels garantis.

### LE CONFLIT D'INTÉRÊTS

**Article L. 127-5 du Code des assurances** : en cas de conflit d'intérêts entre vous et CFDP Assurances ou de désaccord quant au règlement du litige ou différend, CFDP Assurances vous informe du droit mentionné à l'article L. 127-3 du Code des assurances (à savoir le libre choix de l'avocat ou de toute autre personne qualifiée par la législation ou la réglementation en vigueur pour vous défendre) et de la possibilité de recourir à la procédure mentionnée à l'article L. 127-4 du Code des assurances (à savoir le désaccord ou l'arbitrage).

### LA LOI "INFORMATIQUE ET LIBERTÉS"

En application de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, il est précisé que les données à caractère personnel recueillies sont obligatoires pour conclure le présent contrat et, qu'à ce titre, elles feront l'objet d'un traitement dont le responsable est CFDP Assurances, ce qu'acceptent expressément les personnes sur lesquelles portent les données. Ces données pourront être utilisées pour les besoins de la gestion des services souscrits en exécution du contrat par CFDP Assurances et ses partenaires au contrat. Elles pourront être également utilisées pour les actions commerciales de CFDP Assurances et de ses partenaires. Ces données pourront également être communiquées à des tiers pour satisfaire aux obligations légales et réglementaires. Les signataires du contrat bénéficient du droit d'obtenir communication de leurs données auprès de CFDP Assurances, d'en exiger, le cas échéant, la rectification, de s'opposer à leur utilisation à des fins de prospection, notamment commerciale.

### L'AUTORITÉ DE CONTRÔLE

L'autorité de contrôle de CFDP Assurances est l'ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution), 61 rue Taitbout - 75436 PARIS CEDEX 09.

## DISPOSITIONS DIVERSES

### LA CESSATION DES GARANTIES

Les garanties cessent en cas de résiliation du contrat d'assurance de groupe Protection Juridique Santé des Frontaliers par l'association Alptis Frontaliers ou l'Assureur. En outre, elles prennent fin en même temps que la garantie santé Alptis Frontaliers de l'adhérent.

### LA SUBROGATION

Les indemnités qui pourraient vous être allouées au titre des articles 700 du Code de Procédure Civile, 375 et 475-1 du Code de Procédure Pénale, L. 761-1 du Code de la Justice Administrative ou leurs équivalents devant les juridictions suisses ou étrangères, ainsi que les dépens et autres frais de procédure vous bénéficient par priorité pour les dépenses restées à votre charge, et subsidiairement à l'assureur dans la limite des sommes qu'il a engagées.

# “ POUR MIEUX VOUS ASSURER, NOUS INVENTONS DE NOUVELLES SOLIDARITÉS. ”

**Alptis est un mouvement associatif de protection sociale qui œuvre dans les domaines de la santé, la prévoyance, l'assurance de prêts et l'épargne retraite.**

- ➔ **Nous défendons une démarche responsable et solidaire**  
En matière de protection sociale, nous sommes convaincus que l'engagement de chacun bénéficie à tous.
- ➔ **Nous ne spéculons pas sur la santé**  
Grâce à notre indépendance, nous n'avons qu'une seule raison d'agir, l'intérêt de nos adhérents.
- ➔ **L'assurance ne s'arrête pas aux garanties proposées**  
Nous voulons tisser avec nos adhérents une relation de confiance, et créer du lien social permettant de faire naître de nouvelles solidarités.
- ➔ **Partageons connaissances et bonnes pratiques**  
Au sein des 102 comités locaux d'adhérents Alptis, plus de 300 actions de prévention sont organisées chaque année bénévolement.

## Les services 100 % pratiques d'Alptis



### **Votre espace adhérent : [adherent.alptis.org](http://adherent.alptis.org)**

24h/24, l'accès à votre dossier en ligne, mais aussi à toute l'actualité de votre association.



### **Mon Alptis Mobile**

Accessible sur l'App Store et Google Play, l'appli mobile d'Alptis et tous ses services e-santé.



### **La chaîne Alptis sur YouTube**

Des vidéos pédagogiques sur la prévention, l'actualité, les produits et services.



SANTÉ



PRÉVOYANCE



ASSURANCE DE PRÊTS



ÉPARGNE RETRAITE



#### **Alptis Assurances**

Intermédiaire d'assurance

25, cours Albert Thomas - 69445 LYON CEDEX 03 • Tél. : 04 72 36 16 20 • Fax : 04 72 36 16 73 • Email : [serviceclient@alptis.fr](mailto:serviceclient@alptis.fr) • Internet : [www.alptis.org](http://www.alptis.org)

Société par Actions Simplifiée au capital de 10 000 000 € - RCS Lyon 335 244 489 - N° ORIAS : 07 005 850 - [www.orias.fr](http://www.orias.fr) - N° TVA : FR37335244489

Assurance de responsabilité civile professionnelle et garantie financière conformes au Code des assurances

#### **CFDP Assurances**

Siège social : 1, place Francisque Régaud - 69002 LYON

SA au capital de 1 600 000 € - RCS 958 506 156 B - Entreprise régie par le Code des assurances