

FRAIS DE SANTÉ

DESCRIPTIF DES PRESTATIONS	2-3
EN FRANCE	6
EN SUISSE	6
PRESTATIONS INOPINÉES À L'ÉTRANGER	6
TARIFS	4-5
ASSURÉ NON AFFILIÉ À UN RÉGIME DE BASE FRANÇAIS	6
ASSURÉ AFFILIÉ À UN RÉGIME DE BASE FRANÇAIS	6-7
ASSURÉ AFFILIÉ AU RÉGIME LOCAL D'ALSACE-MOSELLE	7-9
CONDITIONS GÉNÉRALES	7-13
LEXIQUE	7
1• OBJET DES CONTRATS	7
2• ADHÉSION AUX CONTRATS	7-9
3• GARANTIES	9-11
4• COTISATIONS	11
5• CESSATION DES GARANTIES	12
6• DEMANDE DE REMBOURSEMENTS	12
7• VARIATIONS DES COTISATIONS ET DES GARANTIES	13
8• CHANGEMENT DE LA SITUATION DE L'ASSURÉ	13
9• DISPOSITIONS DIVERSES	13
ALPTIS ASSISTANCE	15-19

Notice d'information contractuelle

FRONTALIERS Plus[®]



LES BÉNÉFICIAIRES

- Les frontaliers non affiliés à un régime de base français, âgés de moins de 60 ans, résidant en France métropolitaine et travaillant en Suisse, ou de moins de 65 ans s'il s'agit d'un premier emploi.
- Les personnes affiliées à un régime de base français, âgées de moins de 60 ans, résidant dans l'un des départements suivants : 01, 25, 39, 68, 74 et 90.

Le présent document constitue la notice d'information contractuelle prévue à l'article L. 141-4 du Code des assurances. Il reprend les dispositions **des contrats collectifs à adhésion facultative n° 7749 Y (pour les assurés non affiliés à un régime de base français) et n° 7750 Z (pour les assurés affiliés à un régime de base français)** souscrits par l'association ALPTIS FRONTALIERS auprès de CNP IAM, entreprise régie par le Code des assurances (pour les garanties Frais de Santé), du contrat d'assurance de groupe souscrit auprès de ACE European Group Limited, entreprise régie par le Code des assurances (pour la garantie Exonération des cotisations en cas de décès accidentel), et du protocole n° 30U de FRAGONARD ASSURANCES (pour les garanties Assistance).

Les remboursements ne peuvent excéder les frais restant à la charge de l'assuré.

Pour les assurés AFFILIÉS à un régime de base français (contrat n° 7750 Z) les dispositions suivantes sont applicables :

- les remboursements exprimés en pourcentage de la Base de Remboursement Sécurité sociale incluent le remboursement du régime de base ;
- les garanties 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, contrats "responsables". En particulier, la participation forfaitaire reste à la charge de l'assuré.

ACTES PRIS EN CHARGE EN FRANCE	GARANTIES	FRONTALIERS Plus 1*	FRONTALIERS Plus 2	FRONTALIERS Plus 3	FRONTALIERS Plus 4	FRONTALIERS Plus 5
HOSPITALISATION MÉDICALE/CHIRURGICALE/ À DOMICILE MATERNITÉ, ÉTABLISSEMENTS SPÉCIALISÉS⁽¹⁾						
• Frais de séjour en secteur conventionné		Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels
• Frais de séjour en secteur non conventionné		100 % BRSS	100 % BRSS	125 % BRSS	150 % BRSS	200 % BRSS
• Honoraires		100 % BRSS	100 % BRSS	125 % BRSS	150 % BRSS	200 % BRSS
• Chambre particulière ⁽²⁾		–	–	maxi 30 €/jour	maxi 45 €/jour	maxi 60 €/jour
• Séjour accompagnant enfant < 16 ans (maxi 30 jours/an)		–	–	maxi 15 €/jour	maxi 20 €/jour	maxi 30 €/jour
• Forfait hospitalier ⁽²⁾⁽³⁾		Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels
• Forfait naissance ou adoption ⁽⁴⁾		–	–	125 €	150 €	200 €
FRAIS MÉDICAUX COURANTS						
• Consultations et visites		80 % BRSS	100 % BRSS	125 % BRSS	150 % BRSS	200 % BRSS
• Actes techniques médicaux, actes d'obstétrique, actes d'anesthésie, actes de chirurgie		80 % BRSS	100 % BRSS	125 % BRSS	150 % BRSS	200 % BRSS
• Actes d'imagerie et d'échographie		80 % BRSS	100 % BRSS	125 % BRSS	150 % BRSS	200 % BRSS
• Analyses, auxiliaires médicaux, transports		80 % BRSS	100 % BRSS	125 % BRSS	150 % BRSS	200 % BRSS
• Actes d'ostéopathe, étio-pathe, podologue, chiropracteur, acupuncteur, diététicien, pédicure non remboursables par le régime de base ⁽⁵⁾		–	–	maxi 20 €/séance	maxi 30 €/séance	maxi 40 €/séance
				5 séances par an et par bénéficiaire en France ou en Suisse, toutes spécialités confondues.		
PHARMACIE						
• Vignettes blanches		80 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS
• Vignettes bleues		35 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS
• Vignettes oranges		–	–	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS
DENTAIRE						
• Soins		80 % BRSS	100 % BRSS	125 % BRSS	150 % BRSS	200 % BRSS
• Prothèses et orthodontie remboursables par le régime de base + Supplément prothèses et orthodontie remboursables ou non par le régime de base, implantologie, parodontie ⁽⁵⁾		80 % BRSS	100 % BRSS maxi 100 €/an	125 % BRSS maxi 200 €/an	150 % BRSS maxi 300 €/an	200 % BRSS maxi 400 €/an
			Report de 25 % du montant de base en euros l'année suivante s'il n'est pas utilisé, plafonné à 4 ans.			
Plafonds de remboursement dentaire/bénéficiaire, hors soins :						
- 1 ^{re} année		–	–	400 €	500 €	600 €
- 2 ^e année		–	–	800 €	1 000 €	1 200 €
- 3 ^e année et suivantes		–	–	1 200 €	1 500 €	1 800 €
OPTIQUE						
• Monture, verres, lentilles remboursables ou non par le régime de base (y compris lentilles jetables), chirurgie réfractive ⁽⁵⁾⁽⁶⁾		maxi 50 €/an	maxi 100 €/an	maxi 150 €/an	maxi 250 €/an	maxi 350 €/an
		Report de 25 % du montant de base en euros l'année suivante s'il n'est pas utilisé, plafonné à 4 ans.				
PROTHÈSES MÉDICALES						
• Orthopédie, prothèses médicales, capillaires		80 % BRSS	100 % BRSS	125 % BRSS	150 % BRSS	200 % BRSS
• Prothèses auditives		80 % BRSS	100 % BRSS	125 % BRSS	150 % BRSS	200 % BRSS
CURES THERMALES						
• Honoraires		80 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS
• Frais de transports et d'hébergement, forfait thermal et soins ⁽⁵⁾		80 % BRSS	100 % BRSS	maxi 125 €/an	maxi 150 €/an	maxi 200 €/an
PRÉVENTION						
• Actes remboursables par le régime de base ⁽⁷⁾		80 % BRSS	100 % BRSS	125 % BRSS	150 % BRSS	200 % BRSS
• Vaccin anti-grippe		Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels
SERVICES						
• Tiers payant ⁽⁸⁾		Non	Oui	Oui	Oui	Oui
• Alptis Assistance (se reporter pages 15 à 19)		Oui	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	Oui
• Exonération des cotisations en cas de décès accidentel (se reporter page 18)		Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
• Rapatriement décès (se reporter page 19)		Oui	Oui	Oui	Oui	Oui

Base de Remboursement Sécurité Sociale (BRSS) : tarif sur lequel sont calculés les remboursements effectués par la Sécurité sociale française. Ce tarif peut varier selon que le praticien est conventionné ou non conventionné - **Frais Réels (FR)** : montant des dépenses réglées par l'assuré.

(1) Voir définition en page 10.

(2) Durée illimitée en cas d'hospitalisation médicale ou chirurgicale et limitée à 90 jours par an et par bénéficiaire en établissements de soins spécialisés faisant suite à une hospitalisation.

(3) Ce montant correspond au forfait journalier prévu à l'article L.174-4 du code de la Sécurité sociale.

(4) Si inscription de l'enfant dans les deux mois qui suivent la naissance ou l'adoption.

(5) Les prestations exprimées en euros sont allouées par année d'adhésion (c'est-à-dire par période de 12 mois successifs à compter de la date d'effet de la garantie) et par bénéficiaire.

(6) Les forfaits optiques utilisés en France ou en Suisse ne sont pas cumulables.

(7) L'ensemble des actes de prévention fixé par l'arrêté du 8 juin 2006.

(8) Tiers payant pharmacie et hospitalisation disponibles dans tous les départements (ainsi qu'à Saint-Barthélemy et Saint-Martin) et selon accords départementaux pour les autres prestations, dans la limite du ticket modérateur. Pour les assurés non affiliés à un régime de base français, le tiers payant est disponible uniquement pour la pharmacie et l'optique.

*** Cette garantie ne peut pas être souscrite par les assurés affiliés à un régime de base français.**

GARANTIES	FRONTALIERS Plus 1*	FRONTALIERS Plus 2	FRONTALIERS Plus 3	FRONTALIERS Plus 4	FRONTALIERS Plus 5
ACTES PRIS EN CHARGE EN SUISSE					
HOSPITALISATION MÉDICALE/CHIRURGICALE/MATERNITÉ En Suisse pour les assurés non affiliés à un régime de base français • Hôpitaux publics relevant de l'APDRG ⁽¹⁾	100 % du tarif APDRG	100 % du tarif APDRG	100 % du tarif APDRG	100 % du tarif APDRG	100 % du tarif APDRG
• Secteur privé et hôpitaux publics ne relevant pas de l'APDRG	maxi 850 €/jour	maxi 850 €/jour	maxi 850 €/jour	maxi 850 €/jour	maxi 850 €/jour
+ forfait entrée	+ 393 €	+ 393 €	+ 393 €	+ 393 €	+ 393 €
• Complément secteur privé	-	-	-	-	maxi 75 €/jour
• Transports d'urgence (SMUR) et transferts entre établissements en SMUR	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS
FRAIS MÉDICAUX COURANTS En Suisse pour les assurés non affiliés à un régime de base français • Consultations et visites	70 % BRSS	100 % BRSS	125 % BRSS	150 % BRSS	200 % BRSS
• Actes techniques médicaux, actes d'obstétrique, actes d'anesthésie, actes de chirurgie	70 % BRSS	100 % BRSS	125 % BRSS	150 % BRSS	200 % BRSS
• Actes d'imagerie et d'échographie	70 % BRSS	100 % BRSS	125 % BRSS	150 % BRSS	200 % BRSS
• Analyses, auxiliaires médicaux	60 % BRSS	100 % BRSS	125 % BRSS	150 % BRSS	200 % BRSS
• Soins dentaires	80 % BRSS	100 % BRSS	125 % BRSS	150 % BRSS	200 % BRSS
FRAIS MÉDICAUX COURANTS (hors soins pris en charge par le régime de base français) En Suisse pour les assurés affiliés à un régime de base français • Consultations et visites ⁽²⁾	-	-	maxi 25 € par séance	maxi 30 € par séance	maxi 35 € par séance
			5 séances par an et par bénéficiaire		
• Actes techniques médicaux	-	-	50 % BRSS	60 % BRSS	70 % BRSS
• Actes d'imagerie et d'échographie	-	-	50 % BRSS	60 % BRSS	70 % BRSS
• Analyses, auxiliaires médicaux	-	-	50 % BRSS	60 % BRSS	70 % BRSS
• Soins dentaires	80 % BRSS	100 % BRSS	125 % BRSS	150 % BRSS	200 % BRSS
OPTIQUE • Monture, verres, lentilles remboursables ou non par le régime de base (y compris lentilles jetables), chirurgie réfractive ^{(2) (3)}	maxi 50 €/an	maxi 100 €/an	maxi 150 €/an	maxi 250 €/an	maxi 350 €/an
	Report de 25 % du montant de base en euros l'année suivante s'il n'est pas utilisé, plafonné à 4 ans.				
PHARMACIE prescrite hors parapharmacie En Suisse pour tous les assurés ⁽²⁾	-	-	maxi 50 €/an	maxi 60 €/an	maxi 70 €/an

Base de Remboursement Sécurité Sociale (BRSS) : tarif sur lequel sont calculés les remboursements effectués par la Sécurité sociale française.

(1) APDRG (All Patient Diagnosis Related Groups) : classification permettant de regrouper les hospitalisations de soins en fonction des affections traitées et des coûts qui en découlent. Ils sont basés sur des données médicales saisies, notamment les codes de la classification internationale des maladies (CIM) publiée par l'Organisation Mondiale de la Santé et les codes de la classification suisse des interventions chirurgicales (CHOP).

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

(3) Les forfaits optiques utilisés en France ou en Suisse ne sont pas cumulables.

* Cette garantie ne peut pas être souscrite par les assurés affiliés à un régime de base français.

DESCRIPTIF DES PRESTATIONS INOPINÉES A L'ÉTRANGER (contrats n° 7749 Y et n° 7750 Z)

GARANTIES	FRONTALIERS Plus 1*	FRONTALIERS Plus 2	FRONTALIERS Plus 3	FRONTALIERS Plus 4	FRONTALIERS Plus 5
SOINS ET PRESTATIONS INOPINÉS À L'ÉTRANGER					
Pour les assurés non affiliés à un régime de base français • Soins (hors Suisse)	70 % BRSS	100 % BRSS	125 % BRSS	150 % BRSS	200 % BRSS
• Hospitalisation (hors Suisse)	Maximum 850 €/jour (pendant une durée maximum de 6 mois)				
Pour les assurés affiliés à un régime de base français (pris en charge par le régime de base français) • Soins et hospitalisation	-	100 % BRSS	125 % BRSS	150 % BRSS	200 % BRSS

* Cette garantie ne peut pas être souscrite par les assurés affiliés à un régime de base français.

TARIFS PAR MOIS ET PAR ASSURÉ APPLICABLES AUX FRONTALIERS TRAVAILLANT EN SUISSE NON AFFILIÉS À UN RÉGIME DE BASE FRANÇAIS (contrat n° 7749 Y)

ÂGE : l'âge retenu est calculé par différence de millésimes entre l'année d'adhésion et l'année de naissance de l'assuré ; ensuite la cotisation évolue en fonction de l'âge successivement atteint chaque année.

RÉDUCTIONS TARIFAIRES :

- La cotisation du 3^e enfant inscrit de moins de 20 ans et des suivants est réduite de moitié ;
- la cotisation du conjoint affilié à un régime de base français et assuré au titre du contrat n° 7750 Z est réduite de 20 %.

GARANTIES ÂGE	FRONTALIERS Plus 1		FRONTALIERS Plus 2		FRONTALIERS Plus 3		FRONTALIERS Plus 4		FRONTALIERS Plus 5	
	HOMME	FEMME	HOMME	FEMME	HOMME	FEMME	HOMME	FEMME	HOMME	FEMME
0-18 ans	57,90 €	57,90 €	67,56 €	67,56 €	77,21 €	77,21 €	93,28 €	93,28 €	103,74 €	103,74 €
19 ans	46,47 €	63,02 €	54,23 €	73,52 €	61,97 €	84,03 €	74,88 €	101,54 €	83,27 €	112,74 €
20 ans	48,57 €	65,70 €	56,59 €	76,57 €	64,61 €	87,44 €	77,97 €	105,56 €	86,66 €	117,15 €
21 ans	50,01 €	67,65 €	58,28 €	78,85 €	66,54 €	90,05 €	80,30 €	108,71 €	89,24 €	120,65 €
22 ans	51,50 €	69,67 €	60,01 €	81,20 €	68,52 €	92,73 €	82,69 €	111,96 €	91,91 €	124,26 €
23 ans	53,03 €	71,74 €	61,80 €	83,62 €	70,56 €	95,50 €	85,16 €	115,30 €	94,65 €	127,97 €
24 ans	54,61 €	73,88 €	63,64 €	86,12 €	72,66 €	98,35 €	87,70 €	118,75 €	97,47 €	131,80 €
25 ans	56,23 €	76,09 €	65,53 €	88,69 €	74,83 €	101,29 €	90,32 €	122,30 €	100,38 €	135,74 €
26 ans	57,63 €	77,98 €	67,16 €	90,89 €	76,69 €	103,81 €	92,56 €	125,34 €	102,88 €	139,12 €
27 ans	59,06 €	79,91 €	68,83 €	93,15 €	78,59 €	106,39 €	94,87 €	128,47 €	105,44 €	142,58 €
28 ans	60,52 €	81,90 €	70,54 €	95,47 €	80,55 €	109,04 €	97,23 €	131,67 €	108,07 €	146,14 €
29 ans	62,02 €	83,94 €	72,29 €	97,84 €	82,55 €	111,75 €	99,65 €	134,94 €	110,76 €	149,78 €
30 ans	63,56 €	85,19 €	74,08 €	99,31 €	84,60 €	113,42 €	102,13 €	136,96 €	113,51 €	152,02 €
31 ans	65,14 €	86,46 €	75,92 €	100,79 €	86,70 €	115,12 €	104,67 €	139,01 €	116,34 €	154,29 €
32 ans	66,75 €	87,75 €	77,81 €	102,29 €	88,86 €	116,84 €	107,27 €	141,09 €	119,24 €	156,60 €
33 ans	68,41 €	89,06 €	79,74 €	103,82 €	91,07 €	118,58 €	109,94 €	143,20 €	122,21 €	158,94 €
34 ans	70,11 €	90,39 €	81,73 €	105,37 €	93,33 €	120,35 €	112,68 €	145,34 €	125,25 €	161,32 €
35 ans	71,85 €	91,73 €	83,76 €	106,94 €	95,66 €	122,15 €	115,48 €	147,51 €	128,37 €	163,73 €
36 ans	73,28 €	93,10 €	85,42 €	108,54 €	97,56 €	123,98 €	117,78 €	149,72 €	130,93 €	166,18 €
37 ans	74,73 €	94,49 €	87,12 €	110,16 €	99,50 €	125,83 €	120,13 €	151,96 €	133,54 €	168,67 €
38 ans	76,22 €	95,90 €	88,86 €	111,81 €	101,48 €	127,71 €	122,52 €	154,23 €	136,20 €	171,19 €
39 ans	77,73 €	97,33 €	90,62 €	113,48 €	103,50 €	129,62 €	124,96 €	156,53 €	138,91 €	173,75 €
40 ans	79,24 €	98,94 €	92,38 €	115,35 €	105,51 €	131,76 €	127,39 €	159,12 €	141,61 €	176,62 €
41 ans	80,82 €	100,42 €	94,22 €	117,07 €	107,61 €	133,73 €	129,93 €	161,50 €	144,43 €	179,26 €
42 ans	82,42 €	101,92 €	96,09 €	118,82 €	109,75 €	135,73 €	132,52 €	163,92 €	147,31 €	181,95 €
43 ans	84,06 €	103,44 €	98,01 €	120,60 €	111,94 €	137,76 €	135,16 €	166,37 €	150,25 €	184,67 €
44 ans	85,73 €	104,98 €	99,96 €	122,40 €	114,17 €	139,82 €	137,85 €	168,85 €	153,24 €	187,43 €
45 ans	87,44 €	106,55 €	101,95 €	124,23 €	116,44 €	141,91 €	140,60 €	171,38 €	156,30 €	190,23 €
46 ans	89,65 €	108,67 €	104,52 €	126,70 €	119,39 €	144,74 €	144,16 €	174,80 €	160,26 €	194,03 €
47 ans	91,43 €	110,84 €	106,60 €	129,23 €	121,77 €	147,62 €	147,03 €	178,29 €	163,45 €	197,90 €
48 ans	93,25 €	113,04 €	108,73 €	131,80 €	124,19 €	150,56 €	149,96 €	181,84 €	166,71 €	201,85 €
49 ans	95,11 €	115,29 €	110,89 €	134,43 €	126,67 €	153,57 €	152,95 €	185,47 €	170,04 €	205,88 €
50 ans	97,00 €	117,59 €	113,10 €	137,11 €	129,19 €	156,63 €	156,00 €	189,17 €	173,43 €	209,98 €
51 ans	99,41 €	119,93 €	115,92 €	139,84 €	132,41 €	159,75 €	159,89 €	192,94 €	177,75 €	214,18 €
52 ans	101,89 €	122,32 €	118,80 €	142,63 €	135,71 €	162,94 €	163,88 €	196,79 €	182,19 €	218,45 €
53 ans	104,42 €	124,76 €	121,76 €	145,47 €	139,09 €	166,19 €	167,96 €	200,72 €	186,73 €	222,81 €
54 ans	107,02 €	127,25 €	124,79 €	148,37 €	142,55 €	169,50 €	172,15 €	204,72 €	191,39 €	227,25 €
55 ans	109,68 €	129,78 €	127,90 €	151,33 €	146,11 €	172,88 €	176,44 €	208,81 €	196,16 €	231,79 €
56 ans	112,41 €	132,37 €	131,09 €	154,35 €	149,75 €	176,33 €	180,84 €	212,98 €	201,05 €	236,42 €
57 ans	115,21 €	135,01 €	134,35 €	157,43 €	153,48 €	179,85 €	185,35 €	217,23 €	206,06 €	241,14 €
58 ans	118,08 €	137,70 €	137,70 €	160,56 €	157,30 €	183,43 €	189,97 €	221,56 €	211,20 €	245,95 €
59 ans	121,02 €	140,44 €	141,13 €	163,77 €	161,23 €	187,09 €	194,71 €	225,98 €	216,47 €	250,86 €
60 ans	124,03 €	143,24 €	144,65 €	167,03 €	165,24 €	190,82 €	199,57 €	230,49 €	221,87 €	255,87 €
61 ans	127,12 €	146,10 €	148,25 €	170,36 €	169,36 €	194,63 €	204,54 €	235,09 €	227,41 €	260,97 €
62 ans	130,29 €	149,01 €	151,95 €	173,76 €	173,59 €	198,52 €	209,65 €	239,79 €	233,08 €	266,19 €
63 ans	133,54 €	151,98 €	155,73 €	177,23 €	177,91 €	202,48 €	214,87 €	244,57 €	238,90 €	271,50 €
64 ans	136,86 €	155,01 €	159,61 €	180,76 €	182,35 €	206,52 €	220,24 €	249,46 €	244,86 €	276,92 €

La cotisation évolue ensuite de 2,5 % par an pour les hommes jusqu'à 85 ans et de 2 % par an pour les femmes jusqu'à 85 ans

OPTION ACCIDENT : majoration de 5 % des cotisations (cette majoration est incluse dans le tarif 0-18 ans)

A CES COTISATIONS S'AJOUTENT :

- la cotisation d'association de **2,45 €** par mois et par dossier (qu'il y ait une ou plusieurs personnes assurées) ;
- le droit d'entrée de **11 €** pour la constitution du dossier (cette somme est perçue une fois pour toutes lors de l'adhésion).

Les cotisations sont payables d'avance par prélèvement automatique sans frais.

Les cotisations indiquées s'entendent pour une adhésion acceptée sans aucune restriction et au tarif normal par l'assureur. L'assuré non affilié à un régime de base français doit compléter un questionnaire de santé lors de son adhésion. Une adhésion peut être acceptée avec des restrictions concernant la portée de la garantie et/ou moyennant surprime. Elle peut aussi être refusée.

TARIFS PAR MOIS ET PAR ASSURÉ APPLICABLES AUX ASSURÉS AFFILIÉS À UN RÉGIME DE BASE FRANÇAIS RÉSIDANT DANS UN DES DÉPARTEMENTS SUIVANT : 01, 25, 39, 74 ET 90 (contrat n° 7750 Z)

ÂGE : l'âge retenu est calculé par différence de millésimes entre l'année d'adhésion et l'année de naissance de l'assuré ; ensuite la cotisation évolue en fonction de l'âge successivement atteint chaque année.

RÉDUCTIONS TARIFAIRES :

- la cotisation du 3^e enfant inscrit de moins de 20 ans et des suivants est réduite de moitié ;
- la cotisation du conjoint affilié à un régime de base français est réduite de 20 %.

GARANTIES ÂGE	FRONTALIERS Plus 2		FRONTALIERS Plus 3		FRONTALIERS Plus 4		FRONTALIERS Plus 5	
	HOMME	FEMME	HOMME	FEMME	HOMME	FEMME	HOMME	FEMME
0-18 ans	21,05 €	21,05 €	23,86 €	23,86 €	28,07 €	28,07 €	32,28 €	32,28 €
19 ans	23,33 €	28,79 €	26,45 €	32,67 €	31,11 €	38,89 €	35,77 €	44,34 €
20 ans	24,34 €	29,92 €	27,52 €	33,89 €	32,30 €	40,26 €	37,07 €	45,83 €
21 ans	26,79 €	32,94 €	30,30 €	37,32 €	35,56 €	44,34 €	40,82 €	50,48 €
22 ans	27,18 €	33,42 €	30,74 €	37,87 €	36,09 €	45,00 €	41,43 €	51,23 €
23 ans	27,58 €	33,92 €	31,20 €	38,43 €	36,62 €	45,66 €	42,04 €	51,99 €
24 ans	27,99 €	34,42 €	31,66 €	39,00 €	37,17 €	46,34 €	42,66 €	52,76 €
25 ans	28,40 €	34,93 €	32,13 €	39,58 €	37,72 €	47,03 €	43,30 €	53,55 €
26 ans	28,82 €	35,45 €	32,60 €	40,17 €	38,27 €	47,73 €	43,94 €	54,34 €
27 ans	29,25 €	35,97 €	33,08 €	40,76 €	38,84 €	48,44 €	44,59 €	55,15 €
28 ans	29,68 €	36,50 €	33,57 €	41,36 €	39,42 €	49,16 €	45,25 €	55,97 €
29 ans	30,12 €	37,04 €	34,07 €	41,98 €	40,00 €	49,89 €	45,92 €	56,81 €
30 ans	30,65 €	37,70 €	34,67 €	42,72 €	40,71 €	50,77 €	46,74 €	57,81 €
31 ans	31,10 €	38,26 €	35,19 €	43,36 €	41,31 €	51,53 €	47,43 €	58,67 €
32 ans	31,56 €	38,82 €	35,71 €	44,00 €	41,93 €	52,29 €	48,14 €	59,55 €
33 ans	32,03 €	39,40 €	36,23 €	44,65 €	42,55 €	53,07 €	48,85 €	60,43 €
34 ans	32,50 €	39,98 €	36,77 €	45,31 €	43,18 €	53,86 €	49,58 €	61,33 €
35 ans	32,98 €	40,58 €	37,32 €	45,99 €	43,82 €	54,66 €	50,31 €	62,25 €
36 ans	33,47 €	41,18 €	37,87 €	46,67 €	44,47 €	55,47 €	51,06 €	63,17 €
37 ans	33,96 €	41,79 €	38,43 €	47,36 €	45,13 €	56,30 €	51,82 €	64,11 €
38 ans	34,46 €	42,41 €	39,00 €	48,07 €	45,80 €	57,13 €	52,59 €	65,07 €
39 ans	34,97 €	43,04 €	39,58 €	48,78 €	46,48 €	57,98 €	53,37 €	66,04 €
40 ans	35,56 €	43,76 €	40,24 €	49,60 €	47,26 €	58,96 €	54,27 €	67,15 €
41 ans	36,35 €	44,73 €	41,13 €	50,71 €	48,31 €	60,28 €	55,48 €	68,65 €
42 ans	37,16 €	45,73 €	42,05 €	51,84 €	49,39 €	61,62 €	56,72 €	70,18 €
43 ans	37,98 €	46,75 €	42,99 €	52,99 €	50,49 €	63,00 €	57,98 €	71,75 €
44 ans	38,83 €	47,79 €	43,94 €	54,17 €	51,62 €	64,40 €	59,28 €	73,36 €
45 ans	39,69 €	48,85 €	44,92 €	55,38 €	52,77 €	65,84 €	60,60 €	75,00 €
46 ans	40,57 €	49,94 €	45,92 €	56,62 €	53,94 €	67,31 €	61,95 €	76,67 €
47 ans	41,47 €	51,06 €	46,94 €	57,88 €	55,15 €	68,82 €	63,34 €	78,39 €
48 ans	42,40 €	52,19 €	47,99 €	59,17 €	56,38 €	70,36 €	64,75 €	80,14 €
49 ans	43,34 €	53,36 €	49,06 €	60,49 €	57,63 €	71,93 €	66,20 €	81,93 €
50 ans	44,33 €	54,58 €	50,18 €	61,88 €	58,96 €	73,58 €	67,72 €	83,82 €
51 ans	45,43 €	55,93 €	51,42 €	63,42 €	60,42 €	75,41 €	69,40 €	85,90 €
52 ans	46,55 €	57,32 €	52,70 €	64,99 €	61,92 €	77,28 €	71,12 €	88,04 €
53 ans	47,70 €	58,74 €	54,00 €	66,60 €	63,45 €	79,20 €	72,89 €	90,23 €
54 ans	48,89 €	60,20 €	55,34 €	68,26 €	65,03 €	81,17 €	74,70 €	92,47 €
55 ans	50,10 €	61,69 €	56,71 €	69,95 €	66,64 €	83,19 €	76,56 €	94,77 €
56 ans	51,34 €	63,22 €	58,12 €	71,69 €	68,30 €	85,26 €	78,46 €	97,13 €
57 ans	52,61 €	64,79 €	59,56 €	73,47 €	69,99 €	87,38 €	80,41 €	99,55 €
58 ans	53,91 €	66,40 €	61,04 €	75,29 €	71,73 €	89,55 €	82,41 €	102,02 €
59 ans	55,25 €	68,05 €	62,55 €	77,16 €	73,51 €	91,78 €	84,45 €	104,56 €

La cotisation évolue ensuite de 2,5 % par an

A CES COTISATIONS S'AJOUTENT :

- la cotisation d'association de **2,45 €** par mois et par dossier (qu'il y ait une ou plusieurs personnes assurées) ;
- le droit d'entrée de **11 €** pour la constitution du dossier (cette somme est perçue une fois pour toutes lors de l'adhésion).

Les cotisations sont payables d'avance par prélèvement automatique sans frais.

LOI MADELIN (décret n° 94/775 du 05/09/1994) :

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 la loi. Seuls les assurés affiliés à un régime de base français exerçant leur activité en France peuvent bénéficier de la déductibilité fiscale.

TARIFS PAR MOIS ET PAR ASSURÉ APPLICABLES AUX ASSURÉS AFFILIÉS AU RÉGIME LOCAL D'ALSACE-MOSELLE RÉSIDANT DANS LE DÉPARTEMENT 68 (contrat n° 7750 Z)

ÂGE : l'âge retenu est calculé par différence de millésimes entre l'année d'adhésion et l'année de naissance de l'assuré ; ensuite la cotisation évolue en fonction de l'âge successivement atteint chaque année.

RÉDUCTIONS TARIFAIRES :

- la cotisation du 3^e enfant inscrit de moins de 20 ans et des suivants est réduite de moitié ;
- la cotisation du conjoint affilié à un régime de base français est réduite de 20 %.

GARANTIES ÂGE	FRONTALIERS Plus 3		FRONTALIERS Plus 4		FRONTALIERS Plus 5	
	HOMME	FEMME	HOMME	FEMME	HOMME	FEMME
0-18 ans	10,87 €	10,87 €	13,11 €	13,11 €	16,90 €	16,90 €
19 ans	12,05 €	15,06 €	14,53 €	18,17 €	18,73 €	23,41 €
20 ans	12,80 €	15,88 €	15,33 €	19,05 €	19,63 €	24,42 €
21 ans	14,06 €	17,46 €	16,86 €	20,96 €	21,60 €	26,88 €
22 ans	14,26 €	17,71 €	17,10 €	21,27 €	21,91 €	27,27 €
23 ans	14,47 €	17,97 €	17,35 €	21,58 €	22,24 €	27,68 €
24 ans	14,68 €	18,23 €	17,61 €	21,90 €	22,56 €	28,08 €
25 ans	14,89 €	18,50 €	17,86 €	22,22 €	22,89 €	28,50 €
26 ans	15,11 €	18,77 €	18,12 €	22,54 €	23,23 €	28,92 €
27 ans	15,33 €	19,04 €	18,39 €	22,87 €	23,57 €	29,35 €
28 ans	15,55 €	19,32 €	18,66 €	23,21 €	23,92 €	29,78 €
29 ans	15,78 €	19,61 €	18,93 €	23,55 €	24,27 €	30,22 €
30 ans	16,05 €	19,95 €	19,26 €	23,97 €	24,70 €	30,75 €
31 ans	16,29 €	20,24 €	19,54 €	24,32 €	25,06 €	31,20 €
32 ans	16,52 €	20,54 €	19,83 €	24,68 €	25,43 €	31,67 €
33 ans	16,76 €	20,84 €	20,12 €	25,04 €	25,80 €	32,13 €
34 ans	17,01 €	21,14 €	20,41 €	25,41 €	26,18 €	32,61 €
35 ans	17,26 €	21,45 €	20,71 €	25,78 €	26,57 €	33,09 €
36 ans	17,51 €	21,77 €	21,02 €	26,16 €	26,96 €	33,58 €
37 ans	17,76 €	22,09 €	21,33 €	26,55 €	27,36 €	34,08 €
38 ans	18,02 €	22,41 €	21,64 €	26,94 €	27,76 €	34,58 €
39 ans	18,29 €	22,74 €	21,96 €	27,33 €	28,17 €	35,09 €
40 ans	18,59 €	23,12 €	22,32 €	27,79 €	28,64 €	35,68 €
41 ans	19,00 €	23,63 €	22,81 €	28,40 €	29,27 €	36,47 €
42 ans	19,41 €	24,15 €	23,31 €	29,03 €	29,92 €	37,28 €
43 ans	19,84 €	24,68 €	23,83 €	29,68 €	30,58 €	38,11 €
44 ans	20,28 €	25,23 €	24,35 €	30,33 €	31,26 €	38,96 €
45 ans	20,72 €	25,79 €	24,89 €	31,00 €	31,95 €	39,82 €
46 ans	21,18 €	26,35 €	25,44 €	31,69 €	32,66 €	40,71 €
47 ans	21,64 €	26,94 €	26,00 €	32,39 €	33,39 €	41,61 €
48 ans	22,12 €	27,53 €	26,58 €	33,11 €	34,13 €	42,54 €
49 ans	22,61 €	28,14 €	27,16 €	33,85 €	34,89 €	43,49 €
50 ans	23,12 €	28,78 €	27,78 €	34,62 €	35,68 €	44,48 €
51 ans	23,69 €	29,49 €	28,46 €	35,47 €	36,56 €	45,58 €
52 ans	24,27 €	30,22 €	29,16 €	36,35 €	37,46 €	46,71 €
53 ans	24,86 €	30,96 €	29,88 €	37,25 €	38,39 €	47,87 €
54 ans	25,47 €	31,72 €	30,62 €	38,16 €	39,34 €	49,05 €
55 ans	26,10 €	32,50 €	31,37 €	39,11 €	40,31 €	50,27 €
56 ans	26,74 €	33,30 €	32,14 €	40,07 €	41,30 €	51,51 €
57 ans	27,39 €	34,12 €	32,94 €	41,06 €	42,33 €	52,79 €
58 ans	28,07 €	34,97 €	33,75 €	42,08 €	43,37 €	54,09 €
59 ans	28,76 €	35,83 €	34,58 €	43,12 €	44,44 €	55,43 €

La cotisation évolue ensuite de 2,5 % par an

A CES COTISATIONS S'AJOUTENT :

- la cotisation d'association de **2,45 €** par mois et par dossier (qu'il y ait une ou plusieurs personnes assurées) ;
- le droit d'entrée de **11 €** pour la constitution du dossier (cette somme est perçue une fois pour toutes lors de l'adhésion).

Les cotisations sont payables d'avance par prélèvement automatique sans frais.

LOI MADELIN (décret n° 94/775 du 05/09/1994) :

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 la loi. Seuls les assurés affiliés à un régime de base français exerçant leur activité en France peuvent bénéficier de la déductibilité fiscale.

PRÉAMBULE

Il a été conclu entre :

- d'une part, l'association ALPTIS FRONTALIERS dont le siège social est situé 33, 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 594 151 292 € 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,

des contrats d'assurances de groupe à adhésion facultative n° 7749 Y et 7750 Z.

Le contrat n° 7749 Y concerne les assurés non affiliés à un régime de base français. Il n'est pas soumis aux dispositions de l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale relatif aux contrats "responsables" et un questionnaire de santé doit être complété lors de l'adhésion.

Le contrat n° 7750 Z concerne les assurés affiliés à un régime de base français. Le contrat 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".

Ces contrats sont ouverts aux membres de l'association ALPTIS FRONTALIERS. La gestion des présents contrats est déléguée à ALPTIS ASSURANCES, société de gestion et de courtage dont le siège social est situé 33, cours Albert Thomas - 69445 LYON CEDEX 03.

Le nom de l'association auprès de laquelle la ou les adhésion(s) est(sont) effectuée(s), le numéro de contrat et la garantie choisie sont précisés 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.

LEXIQUE

ADHÉRENT

Personne physique qui adhère à l'Association et aux présents contrats groupe n° 7749 Y et/ou n° 7750 Z. Si la famille est composée d'assurés affiliés à un régime de base français et d'assurés non affiliés à un régime de base français, l'adhérent doit souscrire aux deux contrats groupe. Un enfant mineur sans activité professionnelle ne peut être adhérent.

ASSURÉ(S)

L'adhérent et éventuellement son conjoint et leurs enfants (âgés de moins de 28 ans), mentionnés dans le certificat d'adhésion.

On entend par conjoint : toutes personnes mariées ou ayant conclu un PACS ou vivant en concubinage.

BASE DE REMBOURSEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE (BRSS)

Tarif sur lequel sont calculés les remboursements effectués par la Sécurité sociale française. Ce tarif peut varier selon que la praticien est conventionné ou non conventionné.

CERTIFICAT D'ADHÉSION

C'est le document envoyé à l'adhérent après acceptation de sa demande d'adhésion. Il reprend les conditions d'admission et les garanties souscrites.

DÉLAI D'ATTENTE

Il s'agit de la période pendant laquelle les garanties ne s'appliquent pas ou ne s'appliquent que partiellement. Le délai d'attente court à compter de la prise d'effet de l'adhésion inscrite sur le certificat d'adhésion.

FAMILLE

Ensemble des assurés au titre des contrats n° 7749 Y et/ou n° 7750 Z marié, pacsé ou vivant en concubinage et leurs enfants mentionnés au(x) certificat(s) d'adhésion.

RÉGIME DE BASE

Régime légal de protection sociale français auquel est affilié l'assuré (Régime Général de la Sécurité sociale, Régime des TNS, CMU, Régime des exploitants agricoles : AMEXA, Régime des salariés agricoles, Régime d'Alsace-Moselle, Régime des étudiants, Régime des fonctionnaires).

SERVICE MOBILE D'URGENCE ET DE RÉANIMATION (SMUR)

Service hospitalier qui possède une ou plusieurs Unité de Traitement Intensif Mobile (UTIM) destinées à délivrer des soins intensifs, aide médicale urgente sur les lieux d'un accident ou d'un malaise ou d'un accouchement extrahospitaliers, ou bien à effectuer des transports entre hôpitaux (transports secondaires) lorsqu'un patient nécessite des soins ou une surveillance médicale intensifs pendant son trajet.

1• OBJET DES CONTRATS

Les présents contrats ont pour objet de garantir aux assurés le remboursement des frais médicaux et chirurgicaux qu'ils ont engagés en France ou en Suisse, dans la limite des prestations de la garantie souscrite (cf. descriptif des prestations).

2• ADHÉSION AUX CONTRATS

2•1 PERSONNES ASSURABLES

Personnes non affiliées à un régime de base français, candidats à l'assurance du contrat n° 7749 Y

Peuvent bénéficier des garanties de ce contrat, les frontaliers travaillant en Suisse (titulaires d'un permis de travail), âgés de moins de 60 ans ou de moins de 65 ans s'ils peuvent justifier d'un 1^{er} emploi ayant débuté moins de 2 mois avant la Demande d'Adhésion, non affiliés à un régime de base français et résidant en France métropolitaine, ainsi que leur conjoint non affilié et leurs enfants non affiliés.

Personnes affiliées à un régime de base français, candidats à l'assurance du contrat n° 7750 Z

Peuvent bénéficier des garanties de ce contrat, les personnes âgées de moins de 60 ans, affiliées à un régime de base français, résidant dans l'un des départements suivants : 01, 25, 39, 68, 74 et 90, ainsi que leur conjoint affilié et leurs enfants affiliés.

Toutefois, pour l'adhérent et les assurés au régime local d'Alsace-Moselle, la souscription n'est possible qu'à partir de FRONTALIERS Plus 3.

- L'ensemble des assurés membres d'une même famille doit souscrire la même garantie. Si une partie des membres d'une même famille est affiliée à un régime de base français, il n'est pas possible de souscrire la garantie FRONTALIERS Plus 1.
- Si la famille est composée d'assurés non affiliés à un régime de base français et d'assurés affiliés à un régime de base français, l'adhérent doit souscrire aux deux contrats groupe. Chaque assuré ne peut bénéficier que des dispositions du contrat correspondant à sa situation au regard de son régime de base.

2•2 FORMALITÉS D'ADHÉSION (quel que soit le contrat)

L'adhérent doit compléter, signer et dater une demande d'adhésion indiquant la garantie choisie et les éventuelles personnes à assurer ainsi que leur situation au regard du régime de base français.

Les assurés non affiliés à un régime de base français doivent compléter un questionnaire de santé.

En cas d'inscription de nouveau-né (ayant droit d'un non affilié) postérieurement à l'adhésion de l'assuré non affilié, dans les deux mois de la naissance, aucune formalité médicale n'est exigée.

Pour les assurés affiliés à un régime de base français, l'adhésion entrant dans le cadre du dispositif législatif des contrats dits "solidaires", aucune formalité médicale n'est exigée.

2•3 PRISE D'EFFET DE L'ADHÉSION

Pour les assurés NON AFFILIÉS à un régime de base français, assurés au titre du contrat n° 7749 Y

L'adhésion prend effet à la date indiquée sur le Certificat d'Adhésion et au plus tôt le lendemain de la réception par ALPTIS ASSURANCES de la Demande d'Adhésion, complétée, signée et accompagnée du questionnaire de santé, sous réserve d'acceptation de l'assureur notifiée par la délivrance d'un certificat d'adhésion et du paiement de la première cotisation. L'acceptation de l'assureur est subordonnée aux réponses fournies dans le questionnaire de santé. L'assureur peut refuser l'adhésion ou proposer des restrictions concernant la garantie et/ou des surprimes.

Pour les assurés AFFILIÉS à un régime de base français, assurés au titre du contrat n° 7750 Z

L'adhésion prend effet à la date indiquée sur le Certificat d'Adhésion et au plus tôt le lendemain de la réception de la Demande d'Adhésion, complétée et signée, sous réserve d'acceptation de l'assureur notifiée par la délivrance d'un certificat d'adhésion et du paiement de la première cotisation.

2•4 DROIT DE RENONCIATION

L'adhérent dispose d'un délai de 30 (trente) 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 :

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

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

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

Afin de faciliter l'exercice de ce droit, et par dérogation au texte ci-dessus, le délai de renonciation est porté, dans le cadre du présent contrat, à 30 (trente) jours calendaires révolus à compter de la conclusion de l'adhésion (qui correspond à la date d'émission du certificat d'adhésion).

Modalités d'exercice du droit de renonciation :

Le courrier de renonciation devra être envoyé à ALPTIS ASSURANCES, 33 cours Albert Thomas - 69445 LYON CEDEX 03, en recommandé avec accusé de réception.

Modèle de lettre de renonciation :

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

A..... Le

Signature

2•5 PRISE D'EFFET DES GARANTIES - DÉLAIS D'ATTENTE (quel que soit le contrat)

Le droit aux prestations est acquis à la date de prise d'effet de l'adhésion sauf application des délais d'attente.

Les délais d'attente suivants sont applicables

- 3 mois pour les soins courants, l'hospitalisation et la maternité :
 - pour les assurés NON AFFILIÉS à un régime de base français qui ont souscrit l'option accident, pas de délai d'attente pour les soins et les hospitalisations consécutifs à un accident ;
 - pour les assurés AFFILIÉS à un régime de base français, pas de délai d'attente pour les soins et les hospitalisations consécutifs à un accident.
- 6 mois pour les prothèses dentaires, l'orthodontie et l'optique,
- 9 mois pour le forfait naissance et adoption. Ce délai ne peut être supprimé.

Suppression des délais d'attente (à l'exception du forfait naissance et adoption)

- Pour les garanties FRONTALIERS Plus 1, 2 et 3, les délais d'attente peuvent être supprimés pour les assurés bénéficiant de garanties antérieures (interruption de 60 jours au maximum à compter de la radiation sur présentation de la copie du certificat de radiation). En cas d'interruption supérieure à 60 jours, les délais d'attente s'appliquent. En cas d'adhésion conjointe d'assurés affiliés et d'assurés non affiliés à un régime de base français, l'appréciation des garanties antérieures est effectuée séparément pour chaque adhésion.
- Pour les garanties FRONTALIERS Plus 4 et 5, les délais d'attente peuvent être supprimés pour les assurés bénéficiant de garanties équivalentes (de même niveau) à la date d'adhésion (interruption de 60 jours au maximum à compter de la radiation), sur présentation de la copie du certificat de radiation et du descriptif des prestations du précédent contrat. A défaut de garanties équivalentes, les remboursements seront effectués sur la base de FRONTALIERS Plus 3. En cas d'interruption supérieure à 60 jours, ou d'absence de garanties antérieures, les délais d'attente s'appliquent. En cas d'adhésion conjointe d'assurés affiliés et d'assurés non affiliés à un régime de base français, l'appréciation des garanties antérieures équivalentes est effectuée séparément pour chaque adhésion.
- Pour toutes les options, si l'adhérent adhère aux présents contrats dans les deux mois qui suivent la date à laquelle son contrat de travail a pris effet en Suisse, les délais ci-dessus peuvent être supprimés pour l'ensemble des assurés inscrits, sur présentation de la copie du contrat de travail.
- Pour l'inscription d'un nouveau-né postérieurement à l'adhérent, les délais d'attente sont supprimés si l'inscription est demandée dans un délai de deux mois suivant la naissance.

Les prestations dont le montant évolue dans le temps ne sont pas des délais d'attente. Ainsi l'abrogation des délais d'attente n'a pas d'incidence sur ces postes.

2•6 MODIFICATION DE GARANTIE (quel que soit le contrat)

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^{er} janvier ou au 1^{er} juillet suivant la demande. Les limites d'âge à la souscription doivent être respectées lors de la modification de la garantie.

Les plafonds dentaires de première année et de deuxième année sont applicables en cas d'augmentation de garantie.

Toute modification de garantie implique la suppression des reports acquis antérieurement pour les postes dentaire et optique.

Les délais d'attente sont applicables en cas de mutation vers une garantie supérieure à la garantie FRONTALIERS Plus 3.

En cas de mutation vers une garantie supérieure, l'assuré non affilié à un régime de base français devra remplir un nouveau questionnaire de santé.

2•7 CHANGEMENT DE STATUT

En cas de modification de sa situation au regard de son régime de base, l'assuré peut continuer à bénéficier de sa garantie sous réserve des dispositions suivantes :

Perte de la qualité d'assuré social

Il peut demander à bénéficier des dispositions du contrat n° 7749 Y applicable aux assurés non affiliés à un régime de base français. L'adhérent doit compléter, dater et signer une demande d'adhésion accompagnée d'un questionnaire de santé complété par la ou les personnes assurée(s). En cas d'acceptation de l'assureur, l'adhérent doit acquitter le montant de cotisation correspondant à la nouvelle situation. En outre, le ou les assurés concerné(s) cesse(nt) d'être soumis aux dispositions législatives relatives aux contrats responsables. L'assuré conserve le même niveau de garantie.

Affiliation à un régime de base français d'un non assujetti

L'assuré peut demander à bénéficier des dispositions du contrat n° 7750 Z applicable aux assurés affiliés à un régime de base français. L'adhérent doit compléter, dater et signer une demande d'adhésion. L'assuré concerné est alors soumis aux dispositifs législatifs des contrats solidaires et responsables. L'adhérent devra s'acquitter du montant de cotisation correspondant à la nouvelle situation. Il conserve la même garantie à l'exception de l'assuré ayant souscrit la garantie FRONTALIERS Plus 1 qui bénéficie de la garantie FRONTALIERS Plus 2.

Changements de statut successifs

L'assuré ayant été couvert par le contrat n° 7749 Y (concernant les assurés non affiliés à un régime de base français) et souhaitant bénéficier temporairement du contrat n° 7750 Z (concernant les assurés affiliés à un régime de base français), suite à un changement provisoire de statut, peut demander la simple suspension de son adhésion initiale au contrat n° 7749 Y.

Dans cette hypothèse, et s'il retrouve par la suite un statut de non affilié, il pourra demander à bénéficier de nouveau du contrat n° 7749 Y sans avoir à accomplir de nouvelles formalités médicales, sous réserve qu'il conserve le niveau de garantie souscrit initialement dans le cadre de ce contrat. Les éventuelles exclusions ou majorations en vigueur lors de l'adhésion initiale seront de nouveau applicables.

Toute demande d'adhésion consécutive à un changement de statut doit être effectuée dans un délai d'un mois et être accompagnée des justificatifs correspondants précisant la date de prise d'effet de ce changement.

2•8 DURÉE DE L'ADHÉSION (quel que soit le contrat)

L'adhésion s'entend pour la durée de l'année civile en cours, puis se renouvelle annuellement par tacite reconduction.

Sauf en cas de déclarations inexactes faites à l'adhésion ou d'un changement de situation de l'assuré au regard de son régime de base (perte de la qualité d'assuré affilié ou d'assuré non affilié selon le cas), et sous réserve du paiement des cotisations, la garantie est définitivement acquise à l'assuré dès la date d'effet des garanties. En cours de contrat, aucun assuré ne peut être exclu de la garantie, ni voir sa cotisation majorée en raison d'une dégradation de son état de santé.

3• GARANTIES

3•1 RISQUES COUVERTS (quel que soit le contrat)

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'une maladie, d'accidents et de la maternité.

Seuls les frais expressément mentionnés dans le descriptif des prestations sont pris en charge. La base de remboursement est établie à partir de la législation et de la nomenclature de la Sécurité sociale française. Pour les hospitalisations effectuées en Suisse des assurés non affiliés à un régime de base français, la base de remboursement est établie à partir des tarifs de la classification APDRG.

Demande d'entente préalable (pour les assurés NON AFFILIÉS à un régime de base français)

Pour les assurés non affiliés à un régime de base français, une demande d'entente préalable doit être adressée à ALPTIS ASSURANCES pour l'exécution de prothèses dentaires et d'orthodontie, et pour l'exécution de soins et traitements spéciaux (exemple : orthoptie, kinésithérapie).

Pour les assurés AFFILIÉS à un régime de base français adhérent au contrat n° 7750 Z

Les prestations garanties sont complémentaires aux prestations en nature des assurances maladie et maternité du régime de base de l'assuré et leur attribution est subordonnée à la déclaration et à la prise en charge par cet organisme des frais engagés par l'assuré (sauf mention explicite dans le descriptif des prestations). Sous réserve des exclusions mentionnées au paragraphe 3.9.3, le contrat n° 7750 Z dit "responsable", prend en charge dans les conditions fixées à l'article L. 871-1 du code de la Sécurité sociale et ses textes d'application :

- les prestations liées aux consultations et prescriptions des médecins consultés dans le cadre du respect du parcours de soins, mentionnées à l'article L. 162-5-3 du code de la Sécurité sociale dans les conditions définies au I de l'article R. 871-2 du code de la Sécurité sociale ;
- les prestations liées à la prévention dans les conditions définies au II de l'article R. 871-2 du code de la Sécurité sociale, dont la liste est fixée par l'arrêté du 8 juin 2006.

3•2 OPTION ACCIDENT

Cette option est réservée aux assurés non affiliés à un régime de base français et ne bénéficiant pas de la réglementation suisse relative aux accidents : travailleurs non salariés ainsi que leurs ayants droit inactifs, personnes qui pendant une durée de 6 mois sont sans emploi et dont le permis de travail est toujours valable, ayants droit inactifs des travailleurs salariés en Suisse.

Elle permet moyennant un supplément de cotisation de bénéficier de dispositions spécifiques concernant les risques exclus tels que définis à l'article 3.9.2 du présent contrat. Les frais médicaux et d'hospitalisation en cas d'accident de la vie privée ou d'accidents et maladies professionnels pourront ainsi être couverts et ce quelle qu'en soit la cause.

Le remboursement des frais médicaux en cas d'accident s'effectue à partir de la date des soins et est limité à 250 000 € par an et par assuré.

- Bénéficiaire automatiquement de cette option accident les ayants droit, âgés de moins de 18 ans, d'assurés non affiliés à un régime de base français ne bénéficiant pas de la réglementation suisse relative aux accidents.
- Bénéficiaire également de cette option, les assurés non affiliés à un régime de base français bénéficiant de la réglementation suisse relative aux accidents (salariés) pour garantir les risques exclus mentionnés ci-dessus dans la limite des garanties souscrites et sous déduction des prestations versées par la caisse suisse des accidents.

3•3 FONCTIONNEMENT DES PRESTATIONS EXPRIMÉES EN EUROS (quel que soit le contrat)

Les prestations exprimées en euros sont allouées par année d'adhésion (c'est-à-dire par période de 12 mois successifs, à partir de la date d'effet de la garantie.) Dans le cadre des prothèses dentaires et de l'orthodontie remboursables par le régime de base, la prestation exprimée en euros intervient en complément du remboursement exprimé en pourcentage de la BRSS. Les remboursements des prothèses dentaires et de l'orthodontie sont plafonnés.

Report des prestations exprimées en euros non utilisées pour les postes dentaire et optique

Si le montant exprimé en euros n'a pas été utilisé au cours d'une année (dentaire : pas de consommation dentaire ou consommation totalement prise en charge au titre du pourcentage de la BRSS ; optique : pas de consommation optique), calculée à partir de la date d'effet de la garantie de l'assuré, 25 % de ce montant s'ajoute au montant de l'année suivante, dans la limite de 4 années, soit au maximum deux fois la valeur initiale du montant de base.

3•4 MÉDECINES NATURELLES (quel que soit le contrat)

Les actes réalisés en France ou en Suisse, non pris en charge par le régime de base, d'ostéopathes, étioopathes, pédicures, podologues, chiropracteurs, acupuncteurs et diététiciens sont pris en charge dans la limite de 5 séances par année d'adhésion (c'est-à-dire par période de 12 mois successifs à compter de la date d'effet de la garantie) et par bénéficiaire selon le montant prévu, toutes spécialités confondues. Ces actes doivent avoir été réalisés par des praticiens diplômés d'un établissement de formation agréé par le Ministère de la Santé (ce praticien doit être un médecin lorsqu'il s'agit de séances d'acupuncture).

3•5 HOSPITALISATION MÉDICALE, CHIRURGICALE, À DOMICILE, MATERNITÉ, ÉTABLISSEMENTS SPÉCIALISÉS

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

- les établissements de médecine, chirurgie, obstétrique,
- les établissements spécialisés :
 - les établissements psychiatriques,
 - les établissements de soins de suite,
 - les établissements de 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).

Pour les établissements spécialisés, seuls les séjours faisant suite à une hospitalisation sont pris en charge. Ils sont indemnisés au maximum pendant 90 jours par an sur le forfait journalier et la chambre particulière.

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

3•6 CURE THERMALE

Seules les cures thermales médicalement prescrites et acceptées par le régime obligatoire sont prises en charge.

3•7 PRISE EN CHARGE EN CAS D'HOSPITALISATION (quel que soit le contrat)

Cette prise en charge ne peut être délivrée à l'assuré, lorsque l'adhérent a opté pour la franchise optionnelle.

En cas d'hospitalisation en France, ALPTIS ASSURANCES délivre des prises en charge.

En cas d'hospitalisation en Suisse :

Pour les assurés non affiliés à un régime de base français, dès lors que l'établissement hospitalier l'accepte, ALPTIS ASSURANCES délivre des prises en charge. Pour les assurés affiliés à un régime de base français, le remboursement est subordonné à la prise en charge par le régime de base français.

3•8 ÉTENDUE TERRITORIALE DES GARANTIES (quel que soit le contrat)

Les garanties sont accordées en France métropolitaine, en Suisse et dans le monde entier lors de séjours n'excédant pas trois mois.

Prestations inopinées à l'étranger

Pour les assurés NON AFFILIÉS à un régime de base français

Les soins et prestations inopinés effectués à l'étranger sont remboursés selon la base de remboursement de la Sécurité sociale à la date des soins sous réserve qu'ils aient été médicalement prescrits.

Le niveau des remboursements est défini dans le poste "Soins et Prestations inopinés à l'étranger" du descriptif de prestations.

En cas d'hospitalisation, les remboursements sont pris en charge dans la limite de 6 mois continus, pour les assurés non affiliés à un régime de base français.

Pour les assurés AFFILIÉS à un régime de base français

L'indemnisation des soins et prestations inopinés effectués à l'étranger est subordonnée à la prise en charge par le régime de base en France.

Les règlements sont effectués en France et en euros.

3•9 RISQUES EXCLUS

3•9•1 Exclusions applicables à tous les assurés (quel que soit le contrat)

Sont exclues de toutes les garanties les conséquences de :

- la tentative de suicide,
- la guerre civile ou étrangère,
- la désintégration du noyau atomique,
- la mutilation volontaire,
- l'usage des stupéfiants,
- l'éthylisme de l'assuré,
- la participation de l'assuré aux sports suivants : sports de combats, para-chutisme, rallye et compétitions avec l'usage de véhicules terrestres à moteur.

Sont exclus de toutes les garanties les soins suivants :

- les cures de rajeunissement,
- la chirurgie esthétique et les actes esthétiques,
- les actes cotés hors nomenclatures,
- les séjours et frais relatifs aux établissements médico-sociaux : établissements pour personnes handicapées (instituts ou centres médico-psycho-pédagogiques, instituts médico-éducatifs, maisons accueil spécialisées, institut médico-professionnel, foyer d'accueil médicalisé, service d'accueil médico-social pour adulte handicapé...), établissements pour personnes âgées (maison de retraite, établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes, service de soins infirmiers à domicile...), les CCAA, ACT, CAARUD, LHSS... ;
- les séjours en établissements spécialisés qui ne font pas suite à une hospitalisation ;
- 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.

3•9•2 Exclusions applicables aux assurés NON AFFILIÉS à un régime de base français, assurés au titre du contrat n° 7749 Y

Sont exclues les prestations prises en charge par la réglementation suisse dans le cadre du carnet de soins gratuits ainsi que les soins et prestations résultant d'accidents de la vie privée ou d'accidents et de maladies professionnels.

Les assurés ayant souscrit l'option accident peuvent être garantis à ce titre.

3•9•3 Exclusions applicables aux assurés AFFILIÉS à un régime de base français, assurés au titre du contrat n° 7750 Z

Les assurés affiliés à un régime de base français sont soumis au dispositif législatif des contrats responsables. Les garanties du présent contrat dit responsable ne couvrent 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 à l'article R 871-2 du Code de la Sécurité sociale.

3•10 LIMITE DE PRESTATIONS

Les remboursements ou les indemnisations ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge de l'assuré après les remboursements de toute nature auxquels il a droit.

4• COTISATIONS

4•1 PAIEMENT DES COTISATIONS

Les cotisations sont payables d'avance annuellement. Elles peuvent faire l'objet d'un fractionnement semestriel, trimestriel ou mensuel.

4•2 SITUATION DE L'ASSURÉ

Les cotisations varient en fonction de l'affiliation ou de la non affiliation de l'assuré à un régime de base français.

4•3 FRANCHISE OPTIONNELLE

L'adhérent peut choisir de souscrire une franchise. Cette franchise peut être souscrite quel que soit le niveau de garantie choisie. Le choix de la franchise s'applique à tous les assurés inscrits aux contrats. Les assurés ayant opté pour la franchise ne peuvent bénéficier du tiers payant.

Fonctionnement de la franchise optionnelle

Réduisez votre cotisation de 22 % en adoptant la franchise.

Exemple 1 :

- cotisation familiale annuelle : 1 000 €
- réduction de 22 % : - 220 €
- cotisation familiale annuelle ramenée à : 780 €

En contrepartie, vous acceptez pour l'année en cours, de prendre en charge vos dépenses à concurrence de 15 % du montant de la cotisation annuelle de base, soit pour l'exemple 1 : 150 €.

Exemple 2 :

- cotisation familiale annuelle : 2 000 €
- réduction de 22 % : - 440 €
- cotisation familiale annuelle ramenée à : 1 560 €

En contrepartie, vous acceptez pour l'année en cours, de prendre en charge vos dépenses à concurrence de 15 % du montant de la cotisation annuelle de base, soit pour l'exemple 2 : 300 €.

Pour les assurés AFFILIÉS à un régime de base français

La franchise optionnelle ne s'applique pas aux prestations pour lesquelles des obligations minimales de couverture sont fixées à l'article R. 871-2 du Code de la Sécurité sociale relatif aux contrats dits "responsables".

4•4 AIDE À L'ACQUISITION D'UNE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ (crédit d'impôt)

Les assurés affiliés à un régime de base français et remplissant les conditions afférentes, peuvent bénéficier de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé, prévue à l'article L. 863-1 et suivants du code de la Sécurité sociale (droit à déduction sur les cotisations de protection complémentaire santé).

Pour tout renseignement, contacter l'organisme gérant votre régime de base.

5• CESSATION DES GARANTIES

LES GARANTIES CESSENT DANS LES CAS SUIVANTS (quel que soit le contrat)

- Dès que l'assuré ne remplit plus les conditions pour être garanti (se reporter au paragraphe 2•1).
- En cas de déménagement dans un département non couvert pour les assurés affiliés à un régime de base français.
- En cas de résiliation par l'adhérent à l'échéance annuelle au 31 décembre, par lettre recommandée, avec un préavis de 2 mois (avant le 1^{er} novembre) ; les cotisations restent dues pour la totalité de l'exercice (jusqu'au 31 décembre).
Les conditions de radiation d'un assuré sont identiques aux conditions de résiliation d'un adhérent au titre du même contrat.
- En cas de démission par l'adhérent de l'association au 31/12, par lettre recommandée avec un préavis de deux mois.
- En cas de non paiement des cotisations : à défaut du paiement d'une cotisation ou 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 la résiliation dans les conditions prévues à l'article L. 113-3 du Code des assurances. Les garanties cessent à la date d'effet de la résiliation. Les cotisations sont dues jusqu'à la fin de l'exercice en cours.
- 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 cas de décès de l'assuré.

6• DEMANDE DE REMBOURSEMENTS

6•1 TIERS PAYANT

Pour les assurés NON AFFILIÉS à un régime de base français

Les assurés non affiliés à un régime de base français bénéficient du tiers payant, pour les soins exécutés en France, à l'exception des assurés ayant souscrit la garantie FRONTALIERS Plus 1 ou ayant opté pour la franchise optionnelle.

Pour les assurés AFFILIÉS à un régime de base français

Les assurés bénéficient du tiers payant pour les soins exécutés en France à l'exception des assurés ayant opté pour la franchise optionnelle.

6•2 POUR LES SOINS EXÉCUTÉS EN FRANCE

Pour les assurés AFFILIÉS à un régime de base français

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

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

Pour les assurés NON AFFILIÉS à un régime de base français

Les assurés non affiliés à un régime de base français doivent adresser à ALPTIS ASSURANCES, les feuilles de soins dûment complétées et signées, accompagnées des prescriptions médicales. Pour faciliter les remboursements, l'assuré est invité à faire compléter par le professionnel de santé et à renvoyer les formulaires spécifiques mis à disposition par ALPTIS ASSURANCES.

Pour obtenir le règlement des prestations exprimées en euros (naissance, cure thermales...), l'assuré doit envoyer à ALPTIS ASSURANCES :

- les notes d'honoraires ou factures acquittées justifiant les dépenses réelles ;
- un acte de naissance ou la copie du jugement d'adoption.

6•3 POUR LES SOINS EXÉCUTÉS EN SUISSE (quel que soit le contrat)

L'assuré doit faire parvenir à ALPTIS ASSURANCES la facture accompagnée du détail des soins et de la prescription médicale.

6•4 POUR LES SOINS EXÉCUTÉS À L'ÉTRANGER (hors suisse)

L'assuré NON AFFILIÉ à un régime de base français doit adresser à ALPTIS ASSURANCES la facture et le reçu simultanément avec la traduction des soins.

L'assuré AFFILIÉ à un régime de base français doit faire parvenir à ALPTIS ASSURANCES le décompte des prestations de son régime de base.

6•5 Dans tous les cas, l'assureur peut subordonner le service des prestations à la communication préalable par l'assuré d'informations ou de justificatifs complémentaires et se réserve le droit de le faire examiner médicalement. Le refus de communiquer les éléments demandés peut entraîner la perte de tous droits à prestations.

6•6 Les demandes de remboursements doivent être présentées dans un délai maximum de 6 mois suivant la date de cessation des soins, sous peine de déchéance.

Pour les assurés NON AFFILIÉS à un régime de base français, la date de soins prise en compte est celle mentionnée sur la facture.

Pour les assurés AFFILIÉS à un régime de base français, la date des soins prise en compte est celle retenue par le régime de base sur le décompte.

6•7 TAUX DE CHANGE

Pour les soins exécutés en Suisse, le taux de change retenu est celui publié par la BCE (Banque Centrale Européenne) :

- correspondant à la date d'émission de la facture pour les remboursements effectués à un tiers (exemple : hôpital) ;
- correspondant à la date de paiement des prestations pour les remboursements effectués à l'assuré.

7• VARIATIONS DES COTISATIONS ET DES GARANTIES (quel que soit le contrat)

Outre l'évolution en fonction de l'âge, les cotisations sont indexées au 1er janvier de chaque année en fonction de l'évolution de la consommation médicale totale (CMT) nationale, et des résultats des contrats.

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.

8• CHANGEMENT DE LA SITUATION DE L'ASSURÉ (quel que soit le contrat)

L'assuré doit informer ALPTIS ASSURANCES par écrit, dans le mois qui suit tout changement de la situation d'un assuré :

- 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 ;
- d'un changement de régime de base, de la perte de la qualité d'assuré social, de l'affiliation à un régime de base français ;
- d'un changement de profession ;
- d'une perte d'emploi.

9• DISPOSITIONS DIVERSES (quel que soit le contrat)

9•1 DROIT DE COMMUNICATION ET DE RECTIFICATION

Loi 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée

Les informations personnelles recueillies dans le cadre des contrats font l'objet d'un traitement automatisé principalement pour les finalités suivantes : gestion de la relation, prospection, animations commerciales. Ces informations pourront être utilisées par l'organisme assureur pour études statistiques, prévention de la fraude ou obligations légales. Conformément à la loi 78-17 du 06 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, de mise à jour et d'opposition, notamment pour une utilisation à des fins de prospection commerciale, aux informations vous concernant. Vous pouvez exercer ces droits en adressant un courrier indiquant le numéro de contrat et le numéro d'adhérent à l'adresse suivante : ALPTIS ASSURANCES - 33, cours Albert Thomas - 69445 LYON CEDEX 03.

9•2 AUTORITÉ CHARGÉE DU CONTRÔLE

L'Autorité de Contrôle Prudentiel (ACP) - 61, rue Taitbout - 75436 PARIS CEDEX 09, est chargée du contrôle de CNP IAM et d'ALPTIS ASSURANCES. CNP IAM est une SA au capital de 30 500 000 € entièrement libéré, filiale de CNP Assurances SA au capital de 594 151 292 €, entièrement libéré. Entreprises régies par le code des assurances - RCS Paris B 383 024 189 - RCS Paris B 341 737 062 - Siège social : 4, place Raoul Dautry - 75716 PARIS CEDEX 15.

9•3 FONDS DE GARANTIE

Il existe un fonds de garantie des assurés contre la défaillance des sociétés d'assurance de personnes instauré par le loi n° 99-532 du 25 juillet 1999 (article L.423-1 du Code des assurances).

9•4 DÉLAI DE PRESCRIPTION

Toute action dérivant du présent contrat se prescrit dans un délai de deux ans à compter de l'évènement qui y donne naissance (article L. 114-1 du Code des assurances).

Conformément à l'article L.114-2, la prescription peut être interrompue par :

- une des clauses ordinaires d'interruption de la prescription,
- la désignation d'un expert à la suite d'un sinistre,
- l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par l'assureur à l'assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime, et par l'assuré à l'assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

9•5 SANCTION EN CAS DE FAUSSE DÉCLARATION

Les déclarations faites par l'adhérent pour lui-même et les autres assurés 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. 113-8 (nullité du contrat), L. 113-9 (réduction des indemnités) et L. 132-26 du code des assurances.**

9•6 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.

9•7 EXAMEN DES RÉCLAMATIONS - MÉDIATION

En cas de difficultés, l'adhérent doit consulter ALPTIS ASSURANCES. Si la réponse ne lui convient pas, il peut demander l'avis d'un médiateur indépendant. Les modalités de la procédure de médiation seront communiquées sur demande adressée à la Direction de l'Instruction de la Médiation - CNP IAM - 4, place Raoul Dautry - 75716 PARIS CEDEX 15 (pour la garantie Frais de Santé) ou ACE European Group Limited - Direction générale pour la France - Le Colisée - 8, avenue de l'Arche - 92419 COURBEVOIE CEDEX (pour la garantie exonération des cotisations Frais de Santé en cas de décès accidentel).





Notice d'information contractuelle

ALPTIS ASSISTANCE[®]

FRAIS DE SANTÉ

QUI CONTACTER ?	16
PRESTATIONS	16-19
LIMITATION DE LA GARANTIE ASSISTANCE ALPTIS FRONTALIERS	19
INFORMATIONS DIVERSES	19

PRÉAMBULE

Il a été conclu entre :

- d'une part, l'association ALPTIS FRONTALIERS dont le siège social est situé 33, 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° 7749 Y ou n° 7750 Z.

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^{er} 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 1^{re} 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• ECOLE A DOMICILE

A compter du 16^e 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^e 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 A 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 surréversion, 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 Prudential (ACP), 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.

ATTRIBUTION DE JURIDICTION

Tout différend touchant à l'interprétation ou à l'exécution de la présente convention sera porté devant les tribunaux du ressort de la cour d'appel de Paris.

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) 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.