



NOTICE NAHITA



L'ADHÉSION

- **Toute personne âgée de moins de 65 ans**, résidant en France métropolitaine ou dans les DOM, en complément de son régime de base.

SOMMAIRE

DESCRIPTIF DES PRESTATIONS	2
TARIFS	3
CONDITIONS GÉNÉRALES	4-7
OBJET	4
ADHÉSION	4-5
GARANTIES	5-6
COTISATIONS	6
CESSATION DES GARANTIES	6
DEMANDES DE REMBOURSEMENTS	6
VARIATIONS DES COTISATIONS ET DES GARANTIES	6
CHANGEMENT DE LA SITUATION DU BÉNÉFICIAIRE DES PRESTATIONS	7
DISPOSITIONS DIVERSES	7
LEXIQUE	7

NOTICE D'INFORMATION CONTRACTUELLE

Le présent document constitue la notice d'information contractuelle. Il reprend les dispositions du contrat d'assurance de groupe à adhésion facultative n° NAHITA 06, souscrit par les Associations ALPTIS et APTI auprès de MILTIS, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité (RNM n° 432 218 923).

DESCRIPTIF DES PRESTATIONS

NAHITA

Les remboursements incluent les remboursements du régime de base (sauf pour les montants exprimés en euros) ; ils ne peuvent dépasser les frais restant à la charge du bénéficiaire des prestations.

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".

FRAIS PRIS EN CHARGE	NAHITA 1	NAHITA 2
HOSPITALISATION MÉDICALE/CHIRURGICALE/A DOMICILE • Tiers payant MATERNITÉ • Tiers payant⁽¹⁾		
• Etablissements conventionnés - Frais de séjour et honoraires	100 % BR	100 % BR
• Etablissements non conventionnés - Frais de séjour et honoraires	100 % BR	100 % BR
• Forfait journalier - durée illimitée (sauf psychiatrie durée limitée à 30 jours/an/bénéficiaire) ⁽²⁾	100 % FR	100 % FR
TRANSPORT • Tiers payant⁽¹⁾		
• Transports médicalement prescrits pour traitement ou hospitalisation	100 % BR	100 % BR
MAISONS DE REPOS ET DE CONVALESCENCE (limitées à 30 jours/an/bénéficiaire)⁽³⁾ • Tiers payant⁽¹⁾		
• Etablissements conventionnés - Frais de séjour et honoraires	-	100 % BR
• Etablissements non conventionnés - Frais de séjour et honoraires	-	100 % BR
• Forfait journalier	-	100 % FR
SOINS ET PRESTATIONS INOPINÉS A L'ÉTRANGER remboursés par le régime de base	100 % RSS	100 % RSS
FRAIS MÉDICAUX COURANTS		
• Consultations et visites ⁽⁴⁾	100 % BR	100 % BR
• Auxiliaires médicaux, analyses, actes d'imagerie, échographies • Tiers payant⁽¹⁾	100 % BR	100 % BR
• Actes de chirurgie, actes techniques médicaux, actes d'obstétrique, anesthésies	100 % BR	100 % BR
• Actes d'ostéopathe, d'étéopathe, de chiropracteur, d'acupuncteur ou de diététicien ⁽⁵⁾ (maxi 5 séances par année d'adhésion et par bénéficiaire, toutes spécialités confondues) ⁽⁶⁾	-	Maximum 20 € par séance
PHARMACIE		
• Pharmacie prise en charge (vignettes blanches et bleues, à l'exclusion des vignettes oranges) Tiers payant⁽¹⁾	100 % BR	100 % BR
APPAREILLAGE		
• Orthopédie, prothèses auditives	100 % BR	100 % BR
DENTAIRE		
• Soins	100 % BR	100 % BR
• Prothèses et orthodontie remboursées par le régime de base	100 % BR	Maximum 150 € par an et par bénéficiaire ⁽⁶⁾
• Prothèses et orthodontie non prises en charge par le régime de base, traitement parodontie et implantologie	-	
OPTIQUE • Tiers payant (verres et monture uniquement)⁽¹⁾		
• Verres, monture, lentilles remboursés par le régime de base	100 % BR	Maximum 80 € par an et par bénéficiaire ⁽⁶⁾
• Lentilles non prises en charge par le régime de base et chirurgie réfractive	-	
PRÉVENTION		
• Actes de prévention remboursés par le régime de base ⁽⁷⁾	100 % BR	100 % BR

(1) Tiers payant disponible uniquement dans certains départements (selon accords passés avec les praticiens) dans la limite du ticket modérateur, sauf pour l'optique. Les soins externes peuvent aussi faire l'objet de tiers payant.

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

(3) Les séjours en maisons de repos et de convalescence doivent faire suite à une hospitalisation.

(4) Les consultations et visites psychiatriques réalisées en dehors du parcours de soins ne sont pas prises en charge.

(5) Praticien diplômé d'un établissement de formation agréé par le Ministère de la Santé.

(6) Les montants sont alloués 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.

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

DÉFINITIONS :

BR (Base de Remboursement) : 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. Pour les médicaments qui ont un générique, le remboursement se fait sur la base du tarif forfaitaire de responsabilité.

FR (Frais Réels) : montant des dépenses engagées par le bénéficiaire des prestations.

RSS (Remboursement Sécurité Sociale) : dans ce cas, le remboursement présenté dans ce descriptif des prestations s'ajoute à celui du régime de base.

TARIFS MENSUELS		
Age	NAHITA 1	NAHITA 2
0-18 ans	13,00 €	17,12 €
19	14,19 €	18,47 €
20	14,69 €	19,08 €
21	15,19 €	19,97 €
22	15,71 €	20,56 €
23	16,21 €	21,15 €
24	16,28 €	21,29 €
25	16,33 €	21,41 €
26	17,11 €	22,29 €
27	17,88 €	23,18 €
28	18,64 €	24,07 €
29	19,42 €	24,95 €
30	20,18 €	25,85 €
31	20,95 €	26,74 €
32	21,73 €	27,63 €
33	22,50 €	28,52 €
34	23,26 €	29,40 €
35	24,04 €	30,29 €
36	24,59 €	30,96 €
37	25,13 €	31,62 €
38	25,69 €	32,28 €
39	26,24 €	32,95 €
40	26,79 €	33,62 €
41	27,34 €	34,32 €
42	27,89 €	35,02 €
43	28,44 €	35,73 €
44	29,00 €	36,44 €
45	29,55 €	37,15 €
46	30,55 €	38,34 €
47	31,53 €	39,51 €
48	32,51 €	40,70 €
49	33,49 €	41,89 €
50	34,49 €	43,09 €
51	35,48 €	44,29 €
52	36,46 €	45,51 €
53	37,44 €	46,73 €
54	38,42 €	47,96 €
55	39,42 €	49,18 €
56	40,62 €	50,64 €
57	41,82 €	52,11 €
58	43,03 €	53,58 €
59	44,23 €	55,07 €
60	45,45 €	56,56 €
61	46,65 €	58,04 €
62	47,85 €	59,53 €
63	49,06 €	61,02 €
64	50,26 €	62,53 €
65	51,48 €	64,04 €
Au-delà de 65 ans	La cotisation évolue ensuite de 1,5 %/an jusqu'à 85 ans	La cotisation évolue ensuite de 1,65 %/an jusqu'à 85 ans

AGE

L'âge retenu est calculé par différence de millésimes entre l'année d'adhésion et l'année de naissance du bénéficiaire des prestations ; ensuite, la cotisation évolue en fonction de l'âge successivement atteint chaque année.

CES COTISATIONS SONT APPLICABLES À

- Tous les départements de France métropolitaine et les DOM.
- Tous les régimes de base autorisés.

A CES COTISATIONS S'AJOUTENT

- La cotisation d'adhésion à l'Association de **1,50 €** par mois et par dossier (qu'il y ait une ou plusieurs personnes bénéficiaires des prestations).
- 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

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.

PRÉAMBULE

Il a été conclu entre :

- d'une part, l'Association ALPTIS dont le siège social est situé 33, cours Albert Thomas - 69445 LYON CEDEX 03 et l'Association APTI dont le siège social est situé 21, rue du Mail - BP 4 - 38501 VOIRON CEDEX, associations régies par la loi de 1901,
- et d'autre part, la Mutuelle MILTIS, soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité (RNM n° 432 218 923), dont le siège social est situé : 2, rue Rossan - 69003 LYON,

un contrat d'assurances de groupe n° NAHITA 06 à adhésion facultative.

Ce contrat est ouvert aux membres des Associations ALPTIS ou APTI.

La gestion de ce contrat 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 l'adhésion est effectuée, le numéro de contrat et l'option choisie sont précisés sur le certificat d'adhésion. Le contrat s'inscrit dans le cadre des dispositifs législatifs des contrats responsables et solidaires.

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

OBJET

Le présent contrat a pour objet de garantir aux bénéficiaires des prestations des remboursements complémentaires aux prestations servies par un régime de base français pour les frais médicaux et chirurgicaux, dans la limite des garanties choisies par l'adhérent.

Ce contrat ne peut être souscrit en tant que surcomplémentaire à une assurance complémentaire Frais de Santé.

ADHÉSION

CONDITIONS D'ADHÉSION

L'adhérent et ses ayants droit :

- doivent être des personnes physiques résidant en France métropolitaine ou dans les DOM ;
- doivent être âgés de moins de 65 ans (65 ans exclu), à la date d'adhésion.

Tous les membres d'une même famille doivent souscrire le même niveau de garantie et s'inscrire sur le même dossier.

Les bénéficiaires des prestations doivent être affiliés à l'un des régimes de base suivants :

- Régime général de la Sécurité sociale ;
- Régime des TNS ;
- Régime des exploitants agricoles : AMEXA ; Régime des salariés agricoles ;
- Régime des étudiants ;
- Régime des DOM.

FORMALITÉS D'ADHÉSION

- L'adhérent doit compléter, signer et dater une demande d'adhésion indiquant l'option choisie et les éventuels ayants droit inscrits.
- Aucun questionnaire médical n'est exigé.

PRISE D'EFFET DE L'ADHÉSION

L'adhésion prend effet à la date indiquée dans la demande d'adhésion et au plus tôt le lendemain de la réception par 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^{ère} cotisation.

DÉLAI DE RENONCIATION

L'adhérent dispose d'un délai de 30 jours calendaires révolus pour se rétracter à compter de la conclusion du contrat (qui correspond à la date d'émission du certificat d'adhésion).

Le courrier de renonciation devra être envoyé à ALPTIS ASSURANCES, 33 cours Albert Thomas - 69445 LYON CEDEX 03, en recommandé avec accusé de réception (cf. modèle de lettre ci-après).

En cas de renonciation :

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

Modèle de lettre de renonciation :

"Je soussigné (Nom et prénom 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).

(Si des cotisations ont été perçues) Je vous prie de me rembourser les cotisations versées.

Je m'engage, pour ma part, à rembourser le montant des prestations qui ont pu m'être versées".

A Le

Signature

PRISE D'EFFET DES GARANTIES - DÉLAIS D'ATTENTE

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

Les garanties comportent un délai d'attente de 6 mois pour les garanties "hospitalisation médicale, hospitalisation chirurgicale et maternité, maisons de repos et de convalescence".

Ce délai d'attente peut être abrogé :

- pour les adhérents bénéficiant d'une garantie équivalente à la date d'adhésion (60 jours maximum d'interruption entre les deux garanties est admis) ;
- pour les membres des professions libérales si l'adhésion intervient dans les 6 mois suivant leur inscription au régime d'assurance vieillesse ;
- pour les commerçants et artisans si l'adhésion intervient dans les 6 mois suivant leur inscription au registre du commerce ou des métiers ;
- lorsque l'hospitalisation fait suite à un accident ou une maladie infectieuse survenue après l'adhésion sur présentation de justificatifs ;
- pour l'affiliation d'un ayant droit postérieurement à l'adhérent : les délais d'attente sont supprimés en cas de mariage ou de naissance, si l'adhésion est demandée dans un délai de deux mois suivant l'événement.

Lors de la demande de changement de garantie (passage de NAHITA 1 à NAHITA 2), un délai d'attente de 6 mois sera mis en place, pendant lequel les remboursements resteront effectués sur la base de la garantie NAHITA 1.

MODIFICATION DE GARANTIE

Après un an d'adhésion à la garantie, l'adhérent pourra demander la modification de sa garantie pour un effet au 1^{er} jour du mois suivant la demande. Les limites d'âge d'accès aux garanties doivent aussi être respectées lors de la modification de la garantie.

DURÉE DE L'ADHÉSION

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 et sous réserve du paiement des cotisations, la garantie acquise est viagère. 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.

GARANTIES

RISQUES COUVERTS

Les prestations garanties sont complémentaires aux prestations en nature des assurances maladie et maternité du régime de base du bénéficiaire 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 présent 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 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.

MÉDECINES NATURELLES

Les actes, non pris en charge par le régime de base, d'ostéopathes, étiopathes, 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).

PRISE EN CHARGE EN CAS D'HOSPITALISATION

En cas d'hospitalisation dans toute la France 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.

ÉTENDUE TERRITORIALE DES GARANTIES

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

Toutefois, 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. 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.

RISQUES EXCLUS

Ne sont pas pris en charge les frais résultants des :

- conséquences de la guerre civile ou étrangère ;
- conséquences de la participation active du bénéficiaire des prestations à une émeute, rixe, ou mouvement populaire (sauf cas de légitime défense), ainsi qu'à des actes de terrorisme et de sabotage ;
- conséquences d'un cataclysme naturel ;
- conséquences de la désintégration du noyau atomique ;
- conséquences du fait volontaire du bénéficiaire des prestations ;
- conséquences de la pratique des sports à titre professionnel ou à titre amateur avec compétitions au niveau national ou international ainsi que les entraînements afférents, ou de sa participation à des paris ou tentatives de record ;
- conséquences de la pratique des sports mécaniques et aériens, ou comportant l'utilisation d'un véhicule à moteur.

En outre, ne sont pas couverts :

- les séjours en centres hospitaliers et assimilés pour personnes âgées dépendantes, séjours en service de gérontologie ou de gériatrie ou tout autre établissement de long séjour pour personnes âgées ;
- les séjours en maison de repos ou de convalescence pour NAHITA 1 ;
- les séjours en institut médico-psycho-pédagogiques, les séjours en institut médico-éducatifs ;
- les frais relatifs aux cures thermales, même acceptées par le régime de base ;
- les frais relatifs aux soins effectués antérieurement à la date d'adhésion ou postérieurement à la date de cessation des garanties ;
- les consultations et visites psychiatriques pratiquées en dehors du parcours de soins ;
- les traitements ou interventions chirurgicales à but esthétique, les cures de rajeunissement, les cures d'amaigrissement, transformation sexuelle, réduction de la masse graisseuse, traitements par psychanalyse ;
- les hospitalisations et maternité présentées dans les 6 mois suivant l'adhésion à l'exception des cas d'abrogation des délais d'attente évoqués précédemment ;
- les médicaments à vignettes oranges.

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 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.

LIMITE DES PRESTATIONS

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

COTISATIONS

PAIEMENT DES COTISATIONS

Les cotisations sont payables d'avance annuellement.

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

AIDE À L'ACQUISITION D'UNE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ (CRÉDIT D'IMPÔT)

Le présent contrat peut permettre aux adhérents qui remplissent les conditions afférentes, de bénéficier de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé, prévu à l'article L. 863-1 et suivants du code de la Sécurité sociale (droits à déduction sur les cotisations de protection complémentaire santé). Pour tout renseignement, contacter l'organisme gérant votre régime de base.

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 de résiliation par l'adhérent à l'échéance annuelle au 31 décembre, par lettre recommandée, 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 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 son exclusion 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.

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

DEMANDES DE REMBOURSEMENTS

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

Les bénéficiaires des prestations 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.

En outre, pour obtenir le règlement des prestations des montants exprimés en euros (optique, médecines naturelles...), le bénéficiaire des prestations doit envoyer à ALPTIS ASSURANCES les notes d'honoraires ou factures acquittées justifiant les dépenses réelles.

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.

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. La date des soins prise en compte est celle retenue par le régime de base sur le décompte.

VARIATIONS DES COTISATIONS ET DES GARANTIES

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

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.

En cas de modification de ses droits et obligations, l'adhérent dispose d'une faculté de résiliation dans les conditions définies à l'article L. 221-6 du code de la mutualité.

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 de résidence : par défaut, les lettres adressées au dernier domicile connu produiront tous leurs effets ;
- d'un changement de régime de base ;
- d'un changement de profession.

DISPOSITIONS DIVERSES

DROIT DE COMMUNICATION ET DE RECTIFICATION

Loi 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée

Les informations personnelles recueillies dans le cadre du contrat 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 6 janvier 1978 modifiée par la loi du 6 août 2004, 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 n° NAHITA 06 et le numéro d'adhérent à l'adresse suivante : ALPTIS ASSURANCES - 33, cours Albert Thomas - 69445 LYON CEDEX 03.

AUTORITÉ CHARGÉE DU CONTRÔLE

L'autorité chargée du contrôle de la mutuelle et d'ALPTIS ASSURANCES est l'Autorité de Contrôle des Assurances et des Mutuelles (ACAM) - 61, rue Taitbout - 75009 PARIS.

DÉLAI DE PRESCRIPTION

Toute action dérivant du présent contrat se prescrit dans un délai de 2 ans à compter de l'événement qui lui donne naissance, conformément aux articles L. 221-11 et L. 221-12 du code de la mutualité.

La prescription peut être interrompue par :

- une citation en justice, une saisie ou un commandement,
- la désignation d'experts à la suite d'un sinistre,
- l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception concernant le paiement de la cotisation ou d'un sinistre.

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 de l'article L. 221-14 (nullité du contrat) ou de l'article L. 221-15 (réduction des indemnités) du code de la mutualité.**

SUBROGATION

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

EXAMEN DES RÉCLAMATIONS - MÉDIATION

En cas de difficulté dans l'application du contrat, l'adhérent formule sa réclamation à ALPTIS ASSURANCES. Si la réponse apportée ne convient pas, l'adhérent peut demander l'avis d'un médiateur indépendant. Les conditions d'accès au médiateur lui seront communiquées sur demande auprès d'ALPTIS ASSURANCES.

LEXIQUE

ADHÉRENT

Personne membre de l'association et qui adhère à la présente convention de groupe. Un enfant mineur sans activité professionnelle ne peut être adhérent.

BASE DE REMBOURSEMENT (BR)

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.

BÉNÉFICIAIRE DES PRESTATIONS

L'adhérent et éventuellement ses ayants droit inscrits : son conjoint et leurs enfants (âgés de moins de 28 ans), affiliés à un régime de base, et mentionnés dans le certificat d'adhésion.

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

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.

RÉGIME DE BASE

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 des DOM.

ALPTIS ASSURANCES

Intermédiaire d'assurance, gestionnaire du contrat

33, cours Albert Thomas - 69445 LYON CEDEX 03 • Tél. : 04 72 36 16 20 • Fax : 04 72 36 16 85 • Email : gestion@alptis.fr • Internet : www.alptis.org
Société par Actions Simplifiée au capital de 10 000 000 € - RCS Lyon 335 244 489 - N° ORIAS : 07 005 850 - Site web ORIAS : www.orias.fr
Assurance de responsabilité civile professionnelle et garantie financière conformes au code des assurances

MILTIS

Mutuelle Lyonnaise des Travailleurs Indépendants et des Isolés
2, rue Rossan - 69003 LYON

Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité enregistrée sous le n° RNM 432 218 923