



« Assureurs Complémentaires Solidaires »

CONDITIONS GÉNÉRALES

PRÉSENTATION DU CONTRAT

« Assureurs Complémentaires Solidaires »

Le contrat ACS des « Assureurs Complémentaires Solidaires » est un contrat à souscription individuelle, régi par le Code des assurances. Il est conclu auprès d'un des Co-assureurs (figurant dans l'annexe 2 ci-jointe) dont les coordonnées sont indiquées dans les conditions particulières, désigné dans les présentes par le terme « l'Assureur », par un assuré, désigné dans les présentes par le terme « Souscripteur ».

Le contrat ACS a été sélectionné au terme de l'avis de l'appel public à la concurrence publié par les pouvoirs publics et figure dans l'arrêté ministériel du 10 avril 2015 et l'arrêté du 25 juin 2015 modifiant l'arrêté du 10 avril 2015 fixant la liste des 11 contrats donnant droit au crédit d'impôt en application de l'article L863-6 du code de la Sécurité sociale.

Les Co-assureurs désignent Apria R.S.A. en qualité de délégataire de gestion.

Pour la gestion et l'exécution du contrat, le seul interlocuteur du souscripteur sera donc Apria R.S.A. aux adresses suivantes en fonction du territoire où habite l'assuré (le souscripteur trouvera l'adresse de sa plateforme de gestion dans les conditions particulières qui lui seront adressées) :

Apria R.S.A. - Gestion ACS
14 Allée Charles Pathé
18934 BOURGES CEDEX 9

Apria R.S.A. - Gestion ACS
Zac de Houelbourg 3
BP 2017
97191 JARRY CEDEX

Apria R.S.A. - Gestion ACS
200 bld Jean Jaurès
CS 50583
97495 STE CLOTILDE CEDEX

N° de téléphone unique Assurés :
Mail : gestionacs@apriarsa.fr

0 809 805 805 Service gratuit
+ prix appel

Applicable à compter du 1er octobre 2017

OBJET DU CONTRAT

« Assureurs Complémentaires Solidaires »

Le contrat a pour objet la prise en charge de tout ou partie des dépenses de santé du ou des bénéficiaires du dispositif d'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé, ci-après désignés par le terme les « Bénéficiaires » dans les conditions fixées dans les présentes conditions générales.

Les garanties assurent le règlement de prestations complémentaires à celles versées par les régimes obligatoires français d'assurance maladie et :

- S'inscrivent dans le dispositif du contrat responsable prévu par les articles L871-1, R871-1 et R871-2 du Code de la Sécurité sociale ainsi que leurs textes d'application.
- Répondent aux critères fixés par le décret n°2014-1144 du 8 octobre 2014 pris en application de l'article 56 de la Loi n°2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la Sécurité sociale pour 2014 et par le cahier des charges relatif à l'avis d'appel public à la concurrence.

LA SOUSCRIPTION DU CONTRAT

« Assureurs Complémentaires Solidaires »

Article 1 - Les bénéficiaires

Le contrat est ouvert aux seuls bénéficiaires du dispositif d'Aide à l'acquisition d'une Complémentaire Santé (ACS) au sens des articles

L 863-1 et suivants du code de la Sécurité sociale.

Ces bénéficiaires doivent résider en France métropolitaine, Guadeloupe, Guyane, Martinique, La Réunion, Saint-Martin ou Saint-Barthélemy.

Selon l'article R863-6 du code de la Sécurité sociale, lorsque le bénéficiaire du droit à déduction cesse de résider en France, dans les conditions fixées à l'article L861-1, il est tenu d'en informer l'organisme auprès duquel il a fait valoir son droit. Le bénéfice de la déduction est interrompu.

Article 2 - Les formalités de souscription

Le Souscripteur doit produire :

- L'attestation chèque (imprimé CERFA n° S3714a) ou les attestations chèques (lorsque la famille se compose de plusieurs assurés sociaux ou de bénéficiaires de plus de 16 ans au sens de l'article R 863-1 du code de la Sécurité sociale) remise(s) par l'organisme de régime obligatoire dont relève l'assuré social et comportant les bénéficiaires relevant du foyer fiscal ainsi que le montant de l'aide attribué à chacun. Ce document comporte la durée de validité de l'attestation, la date de la décision, le cachet de l'organisme de régime obligatoire qui a instruit la demande faite par le souscripteur.
- Un bulletin de souscription, sur lequel pour chaque bénéficiaire composant son foyer fiscal et présent sur l'attestation émanant du régime obligatoire, il note la formule de garantie choisie A, B ou C indiquée au tableau des garanties porté en annexe 1 des présentes conditions générales sachant que les différents membres du foyer,

âgés de 16 ans ou plus, peuvent opter pour une garantie différente. Les ayants droit âgés de moins de 16 ans héritent de la formule choisie par leur ouvrant droit.

- Les pièces à joindre, telles qu'indiquées dans le bulletin de souscription (notamment un relevé d'identité bancaire).

Aucune formalité médicale n'est exigée. Il n'existe pas, non plus, de limite d'âge à la souscription.

Article 3 - La date d'effet de la souscription

La souscription prend effet à la date de début de validité de l'attestation fournie par le régime obligatoire, si celle-ci est postérieure à la date de la souscription.

Sinon, la date d'effet est celle de la présentation de l'attestation lors de la souscription.

Cette date d'effet du contrat figure dans les conditions particulières remises au souscripteur.

Cette souscription est valable pour une période de 12 mois. Ou pour une durée inférieure si le souscripteur a bénéficié d'un contrat ACS pour une période inférieure à 12 mois et demande à bénéficier du contrat « Assureurs Complémentaires Solidaires » pour la durée restante (reliquat).

LES GARANTIES DU CONTRAT

Article 4 - Territorialité

Les garanties d'assurance complémentaire santé s'exercent en France et dans les États membres de l'Union européenne et de l'Association européenne de libre-échange sous réserve de la prise en charge des soins selon la législation sociale française ou selon la législation et les formalités en vigueur dans le pays où les soins ont été dispensés.

Elles s'exercent dans le reste du monde, dès lors que votre assurance maladie obligatoire française intervient dans le cadre d'accords spécifiques de Sécurité sociale conclus entre la France et les Pays Tiers concernés.

Article 5 - Les formules de garanties

- Les dépenses de santé remboursées doivent correspondre à des soins réalisés postérieurement à la date d'effet du contrat et durant la période garantie par celui-ci.
- L'ensemble des prises en charge se fait dans la limite des règles définies dans le cadre des contrats responsables et dans la limite des frais réels.

En outre :

Lorsque la garantie est exprimée par un pourcentage de la base de remboursement (BR), elle inclut la part de remboursement de l'assurance maladie obligatoire. Lorsqu'elle est exprimée par un montant en euros, elle intervient en plus du remboursement de l'assurance maladie obligatoire.

Le contrat propose trois formules, A, B et C, dont le détail des garanties est défini en annexe 1 des présentes conditions générales.

Les garanties ne donnent pas lieu :

- à report de remboursement d'une année sur l'autre en cas de non-consommation,
- à l'application d'un délai de carence quelle que soit la garantie concernée,
- à franchise de remboursement.

La (es) garantie(s) choisie(s) par le souscripteur figure(nt) aux conditions particulières.

Article 6 - Les exclusions

Conformément aux règles des contrats responsables fixées à l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale et ses textes d'application, ne peuvent donner lieu à remboursement au titre du présent contrat les dépenses suivantes :

- La majoration de participation de l'assuré prévu par l'article L.162-5-3 du Code de la Sécurité sociale (respect du parcours de soins) en cas de non désignation d'un médecin traitant ou en cas de consultation d'un autre médecin sans prescription médicale du médecin traitant.
- Les dépassements d'honoraires autorisés pour les actes cliniques et techniques réalisés par un spécialiste, consulté sans prescription médicale du médecin traitant et qui ne relève pas d'un protocole de soins, visés au 18° de l'article L.162-5 du code de la Sécurité sociale (protocole et engagements veillant à l'égalité de traitement des patients en termes de délais d'accès au médecin).
- La majoration de participation de l'assuré lorsque le patient n'accorde pas l'autorisation, visée à l'article L. 1111-15 du code de la santé publique, au professionnel de santé auquel il a recours, d'accéder à son dossier médical personnel et à le compléter.

Article 7 - Le fonctionnement des remboursements

Article 7.1 - Durée

Les remboursements interviennent dès la date d'effet de la souscription et sont conditionnés au paiement de la première cotisation.

Article 7.2 - Tiers payant

Lors de la souscription, il est adressé une information administrative (Noémie 408) à la caisse de régime obligatoire des assurés sociaux. Cet envoi permet à la caisse de mettre en œuvre le tiers payant intégral ACS (TPI).

A réception de l'acquittement de cette information par la caisse, il est remis à chaque bénéficiaire de plus de 16 ans, une attestation de tiers payant qui doit être présentée en même temps que la carte Vitale aux professionnels et établissements de santé (les bénéficiaires de moins de 16 ans sont portés sur la carte de l'assuré social dont ils dépendent).

Dans les conditions fixées à l'article L.863-7-1 du code de la Sécurité sociale et ses textes d'application, les assurés bénéficient du tiers payant :

- sur la part des dépenses prise en charge par l'assurance maladie obligatoire ainsi que sur la part des dépenses couvertes par leur contrat d'assurance complémentaire de santé,
- pour l'ensemble des actes et prestations qui leur sont dispensés par les professionnels de santé,
- dès lors qu'ils respectent le parcours de soins.

Pour les hospitalisations, les demandes de prises en charge sont adressées par les établissements à Apria R.S.A. à l'adresse indiquée sur ce support. Les assurés ne règlent que la partie non prise en charge par leur garantie.

Article 7.3 - Services frais de santé

Le souscripteur et ses bénéficiaires peuvent bénéficier de services en optique, dentaire et audioprothèse, qui leur permettent de disposer :

- d'un service d'information à caractère général,
- d'études de devis et de simulations de remboursement,
- de l'accès à un réseau de professionnels de santé partenaires avec tarifs négociés, devis clairement chiffrés, respect de normes de qualité ainsi que de services.

Article 7.4 - Demandes de remboursement hors tiers payant

Si le tiers payant n'a pu être mis en œuvre du fait de la non présentation des pièces le garantissant ou du non-respect du parcours de soins, les demandes de remboursement doivent être adressées à Apria R.S.A. à l'adresse mentionnée dans les conditions particulières du contrat qui diffère selon le territoire où réside le souscripteur.

Le souscripteur devra fournir les originaux des décomptes papier du régime obligatoire ou leur version électronique.

LES COTISATIONS

Article 8 - Le montant de la cotisation

Il est fixé âge par âge à la souscription (par différence de millésime) et il est fonction de la composition familiale. Il est le même sur tout le territoire sauf pour les ressortissants du régime local des départements du Haut Rhin, du Bas Rhin et de la Moselle.

Il ne peut être réajusté au cours de la période de souscription durant laquelle le souscripteur bénéficie de l'Aide à l'acquisition de la complémentaire santé, sauf :

- en cas de modification du nombre de bénéficiaires couverts,
- en cas de changement de garantie,
- ou dans les conditions prévues à l'article 12 des présentes conditions générales.

Article 9 - Le calcul de la cotisation compte tenu de l'ACS

Le montant de l'aide accordée au titre de l'ACS est déduit du montant de la cotisation d'assurance.

Si la cotisation d'assurance est inférieure au montant de l'aide pour un bénéficiaire donné, la réduction de cotisation, égale au montant de l'aide, est plafonnée au niveau du montant de la cotisation.

Article 10 - Le règlement de la cotisation

Le montant de la cotisation annuelle est payable à terme à échoir :

- soit selon un échéancier mensuel ou trimestriel par prélèvement bancaire,
- soit annuellement par chèque ou prélèvement.

Le choix des modalités de règlement se fait dans le bulletin de souscription.

Article 11 - Le défaut de paiement

En cas de non-règlement des cotisations, Apria R.S.A. se réserve la possibilité de mettre en œuvre les dispositions de l'article L 113-3 du Code des assurances.

10 jours après l'échéance
Apria R.S.A. adresse au dernier domicile du souscripteur, sous pli recommandé, une lettre de mise en demeure. L'envoi de cette mise en demeure est indépendant de son droit de poursuivre l'exécution du contrat en justice.
Dans les 30 jours après l'envoi de la mise en demeure
Si le souscripteur règle sa cotisation, ses garanties conserveront tous leurs effets.
Si le souscripteur ne règle pas sa cotisation, ses garanties seront suspendues. Au cas où la cotisation annuelle a été fractionnée, cette suspension produit ses effets jusqu'à l'expiration de la période annuelle totale. La suspension des garanties ne dispense pas de payer, à leurs échéances, les cotisations dues.
Dans les 10 jours qui suivent, soit 40 jours après la date d'envoi de la mise en demeure
Si le souscripteur règle sa cotisation, les garanties reprennent leurs effets le lendemain à midi du jour du paiement.
Si le souscripteur ne règle pas sa cotisation, son contrat est résilié. Apria R.S.A. est habilitée à réclamer le paiement de la cotisation y compris par la voie judiciaire. Même en cas de paiement ultérieur de la cotisation, le contrat reste résilié.

Article 12 - L'évolution de la cotisation

Chaque année, la cotisation est déterminée en fonction de l'âge de chaque bénéficiaire et revalorisée dans la limite de l'évolution de l'ONDAM (Objectif National Dépenses d'Assurance Maladie) fixée par la loi de financement de la Sécurité sociale pour l'année antérieure.

Indépendamment de l'évolution de la cotisation résultant de l'évolution de l'ONDAM, les Co-assureurs ont la possibilité d'entamer une procédure de demande de variation dérogatoire auprès des pouvoirs publics notamment si des changements à caractère significatif sont intervenus (aggravation de la sinistralité, évolution démographique et modification de la réglementation). En cas d'accord des pouvoirs publics, l'évolution de la cotisation serait alors de droit.

Article 13 - La communication au souscripteur

Conformément à l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale, Apria R.S.A. communique annuellement au souscripteur le montant et la composition des frais de gestion et d'acquisition affectés aux garanties du contrat, ceux-ci étant exprimés en pourcentage de la cotisation annuelle.

Ces frais recouvrent l'ensemble des sommes engagées pour concevoir les contrats, les commercialiser (dont le réseau commercial, le marketing, les commissions des intermédiaires), les souscrire (dont l'encaissement des cotisations, la gestion des résiliations, le suivi comptable et juridique) et les gérer (dont les remboursements, la gestion du tiers payant, l'information client, l'assistance, les services ; les prestations complémentaires), c'est-à-dire accomplir toutes les tâches incombant à l'organisme assureur dans le respect des garanties contractuelles.

LA VIE DU CONTRAT

Article 14 - Déclarations en cours de contrat

Le souscripteur s'engage à informer Apria R.S.A. de toute modification concernant les bénéficiaires du contrat et notamment :

- le changement de domicile,
- le changement de caisse de régime obligatoire,
- tout changement dans la composition familiale.

La déclaration devra être envoyée, dans un délai de quinze jours à compter du moment où le souscripteur aura eu connaissance de l'événement déclaré, par courrier postal ou électronique.

Si le conjoint d'un souscripteur du contrat vient à bénéficier de l'ACS, il ne sera intégré au contrat du souscripteur que si la période de validité de son attestation chèque est alignée sur celle, restant à courir, du souscripteur. Dans le cas contraire, un nouveau contrat devra être souscrit.

Article 15 - Modification des garanties

En cas de changement de garantie pour une formule inférieure, la garantie modifiée prendra effet le 1^{er} jour du mois qui suit la demande, si celle-ci a été exprimée avant le 15 du mois, sinon le 1^{er} jour du 2^{ème} mois suivant la demande. Le changement pour une formule supérieure n'est pas possible pendant la durée de vie du contrat, il pourra intervenir au moment du renouvellement du contrat ACS lors de l'obtention d'un nouveau chèque d'Aide à la Complémentaire Santé.

Article 16 - La cessation des garanties

Les garanties cessent au bout de 12 mois, à compter de la date d'effet. Si le contrat prend fin avant l'expiration de ses droits à l'ACS, l'assureur adresse au souscripteur conformément à l'article R863-4 du code de la Sécurité sociale, l'attestation chèque (ou les attestations chèques) délivrée(s) par l'organisme de régime obligatoire et une attestation de sortie de droit, qui précise la liste des personnes bénéficiaires, la date de fin du contrat, la période pendant laquelle l'assuré a exercé son droit à déduction et le solde du droit à déduction restant à appliquer.

Article 17 - Le contrat de sortie ACS

Conformément à l'article L863-7 du code de la Sécurité sociale, à l'expiration de son droit au bénéfice de la déduction prévue à l'article L863-2, toute personne ayant bénéficié d'un contrat ACS reçoit de l'organisme auprès duquel il avait souscrit son contrat, la proposition de le prolonger pour une période d'un an si ses droits à l'ACS n'ont pas été renouvelés par son régime obligatoire.

L'assureur propose un contrat dit « de sortie ». Il s'agit de la prolongation pour une période d'une année, de sa couverture complémentaire santé à un tarif identique à celui d'un contrat « Assureurs Complémentaires Solidaires » souscrit à la même date, avant déduction du montant mentionné sur l'attestation chèque.

Article 18 - La résiliation du contrat

Le contrat peut être résilié par le souscripteur dans les cas suivants :

- Dans les 30 jours qui suivent la date à laquelle il a eu connaissance d'une augmentation de sa cotisation.
- En dehors de l'échéance annuelle, s'il souhaite bénéficier d'un contrat groupe à adhésion obligatoire, protection complémentaire frais de soins, mis en place par son entreprise. Il doit alors fournir le justificatif de l'entreprise ou l'attestation de l'assureur.
- Si l'offre correspondant au contrat venait à être radiée de la liste établie en application de l'article R.863-12 du code de la Sécurité sociale. Dans ce cas, Apria R.S.A. informe dans un délai d'un mois à compter de l'arrêt de radiation, le souscripteur de ladite radiation. Le souscripteur peut résilier le contrat dans un délai de trois mois à compter de la date d'envoi de cette information. Apria R.S.A. rembourse au souscripteur le montant des cotisations correspondant à la période courant de la date de résiliation à la date initiale d'échéance du contrat.

L'assureur peut résilier le contrat dans les cas suivants :

- Pour défaut de paiement de la cotisation (cf. article 11).
- En cas de déménagement du souscripteur dans un territoire où le dispositif de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé ne s'applique pas (cf. article 1).
- Pour fausse déclaration de la part du souscripteur.

Le contrat peut être résilié de plein droit :

- En cas de retrait de l'agrément de l'assureur auprès duquel il a souscrit, avec une proposition de continuer de bénéficier de l'offre « Assureurs Complémentaires Solidaires » auprès de l'un des autres Co-assureurs (figurant dans l'annexe 2 ci-jointe) selon les conditions fixées par la législation en vigueur.

Dans tous les cas de résiliation, l'attestation de tiers payant ne peut plus être utilisée sous peine de fraude à l'assurance et de risque de poursuite par l'assureur en cas d'utilisation.

Article 19 - Démarchage à domicile et vente à distance

- En cas de démarchage à domicile, ou sur le lieu de travail : conformément à l'article L112-9 du Code des assurances, toute personne physique qui a fait l'objet d'un démarchage à son domicile, sa résidence ou sur 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 d'une activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée avec demande d'avis de réception pendant le délai de 14 jours calendaires révolus à compter du jour de la conclusion du contrat, sans avoir à justifier de motifs ni à supporter des pénalités. La survenance d'un sinistre mettant en jeu la garantie du contrat durant le délai de renonciation de 14 jours, rend impossible l'exercice du droit de renonciation.

- Si le contrat a été conclu à distance (par Internet, par téléphone, par courrier ou par fax) : conformément à l'article L112-2-1 du Code des assurances relatif à la vente à distance, le souscripteur bénéficie de la faculté de renoncer à ce contrat dans les 14 jours qui suivent sa date de conclusion sans motifs ni pénalités. La survenance d'un sinistre mettant en jeu la garantie du contrat durant le délai de renonciation de 14 jours rend impossible l'exercice du droit de renonciation.

L'exercice du droit de renonciation doit être effectué par lettre recommandée avec demande d'avis de réception adressée à Apria R.S.A. selon le modèle de lettre ci-dessous.

« Je soussigné(e) (nom, prénom, adresse), déclare renoncer à mon contrat d'assurance (références contrat) conclu par démarchage à domicile ou à distance (indiquez le mode de démarchage) le (XX/XX/XXXX) et demande le remboursement de la prime, déduction faite de la part correspondant à la période durant laquelle le contrat a été en vigueur. Dans ce cas, la résiliation de mon contrat prendra effet à la date de réception de la présente lettre ».

Le remboursement interviendra dans un délai maximum de trente jours à compter de la réception de la présente lettre.

Article 20 - Subrogation

Il s'agit du droit d'Apria R.S.A. de récupérer auprès du responsable d'un sinistre les sommes payées.

Si, du fait du souscripteur, la subrogation ne peut plus s'exercer en sa faveur, la prise en charge des prestations relatives à ce sinistre cesse dans la mesure où la subrogation aurait pu s'exercer.

Article 21 - Délai de prescription

Aux termes de l'article L.114 -1 du Code des assurances, toutes les actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance. Toutefois, ce délai ne court :

- 1° En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'assureur en a eu connaissance ;
- 2° En cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

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

Aux termes de l'article L.114 -2 du Code des assurances, la prescription est notamment interrompue par une des causes ordinaires d'interruption suivante :

- La reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait (article 2240 du Code civil).
- La demande en justice, même en référé, jusqu'à extinction de l'instance. Il en est de même lorsqu'elle est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure (article 2241 et 2242 du Code civil). L'interruption est non avenue si le demandeur se désiste de sa demande en justice ou laisse périmer l'instance, ou si sa demande est définitivement rejetée (article 2243 du Code civil).
- Une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée (article 2244 du Code civil).

La prescription est également interrompue par :

- La désignation d'un expert à la suite d'un sinistre ;
- L'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception (par l'assureur en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation et par le souscripteur en ce qui concerne le règlement des garanties).

Article 22 - Réclamations

Toute réclamation doit être adressée à Apria R.S.A.

Apria R.S.A. s'engage à accuser réception de cette réclamation dans un délai maximum de 10 jours ouvrables. Celle-ci sera traitée dans les deux mois au plus tard. Si tel n'est pas le cas, le souscripteur en est informé.

Par la suite, si le souscripteur estime ne pas avoir reçu satisfaction, il pourra obtenir l'avis du médiateur désigné par la FFA, entité indépendante de l'assureur, sur simple demande à l'adresse suivante :

La Médiation de l'Assurance – TSA 50110 – 75441 PARIS CEDEX 09.

Vous pouvez également saisir en ligne le Médiateur :

<http://www.mediation-assurance.org>

Et ce, sans préjudice des autres voies d'action légales.

Article 23 - Protection des données personnelles

Article 23.1 - Données personnelles

Les données personnelles sont traitées par Apria R.S.A. dans le respect de la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée. Leur traitement est nécessaire à la gestion de votre contrat. À l'exception de celles relatives à votre santé, les données personnelles peuvent notamment être utilisées à des fins d'évaluation et d'acceptation des risques, de contrôle interne (surveillance du portefeuille) et dans le cadre de dispositions légales, notamment concernant la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme).

L'assuré dispose d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition à l'ensemble de ses informations personnelles y compris de ses données médicales en adressant un courrier postal accompagné de la photocopie de sa pièce d'identité à Apria R.S.A.

Le souscripteur accepte expressément le recueil et le traitement des données concernant sa santé dès lors qu'elles sont nécessaires à la gestion de ses garanties. Ces données sont traitées dans le respect des règles de confidentialité médicale.

En utilisant la carte Vitale, le souscripteur autorise le professionnel de santé à adresser à Apria R.S.A. un relevé d'information pour permettre la mise en œuvre des prestations du contrat. Il autorise également l'échange d'informations avec son régime obligatoire à la seule fin du traitement des prestations.

Article 23.2 - Enregistrement téléphonique

Les appels téléphoniques peuvent être enregistrés afin de s'assurer de la bonne exécution des prestations et plus généralement à faire progresser la qualité de service.

Ces enregistrements sont destinés aux seuls services en charge de l'appel. Le souscripteur a un droit d'accès à tous les enregistrements le concernant en faisant la demande par courrier à l'adresse d'Apria R.S.A.

Article 24 - Espace client sur Internet

A compter de la mise en œuvre du site internet dédié, les dispositions suivantes s'appliqueront :

Le souscripteur a la possibilité de consulter ses remboursements sur le site internet mis à sa disposition, grâce à l'utilisation d'un code d'accès, composé d'un identifiant et d'un mot de passe confidentiels.

Lors de sa première connexion il doit certifier avoir pris connaissance et avoir accepté les conditions générales d'utilisation de l'espace client pour pouvoir effectuer certaines opérations de gestion. A défaut d'acceptation, il ne pourra pas accéder aux fonctionnalités permettant d'effectuer ces opérations de gestion en ligne.

La consultation d'informations sur le site internet et la confirmation en ligne d'une opération de gestion entraîne l'acceptation par le souscripteur de l'opposabilité de l'ensemble des informations transmises et communiquées par le biais du site et par email.

Ces informations enregistrées dans les systèmes d'information d'Apria R.S.A. auront force probante en cas de contentieux sous réserve de l'appréciation des tribunaux.

Article 25 - Organisme de contrôle

L'autorité de contrôle est l'Autorité de Contrôle Prudenciel et de Résolution : 61, rue Taitbout – 75009 PARIS.

Annexes contractuelles :

- Annexe 1 : Garanties
- Annexe 2 : Liste des Co assureurs du contrat ACS des « Assureurs Complémentaires Solidaires »

NOUS CONTACTER

www.assureurscomplementairessolidaires.fr

0 809 805 805

Service gratuit
+ prix appel

