

**Contrat d'Assurance Collective de santé à adhésion facultatif N°25 000 133**  
Souscrit et géré par le **Cabinet de courtage MAEVA Assurances, SAS** au capital de 5.000.000 XPF,  
**15, rue Paul Gauguin, BP 477, 98713 PAPEETE – R.C.S. PAPEETE TPI 05 312 B – No TAHITI 755405**  
Auprès de **GENERALI IARD, 7 Bd Haussmann - 75009 PARIS - RCS PARIS B 552 062 663** et de  
**GENERALI Vie, 11 Bd Haussmann - 75009 PARIS - RCS PARIS B 602 062 481**

## Conditions Générales valant Notice d'Information

### CHAPITRE 1 – DISPOSITIONS GENERALES

#### **Article 1. Objet du contrat**

Le présent contrat définit le contenu des engagements contractuels existant entre les adhérents, le Cabinet de courtage MAEVA et GENERALI IARD/Vie. Il détermine les conditions et modalités de fonctionnement du contrat de santé mis à disposition des adhérents.

#### **Article 2. Références légales**

Le contrat d'assurance collective de santé à adhésion facultatif est régi par le Code des Assurances. GENERALI IARD/Vie sont contrôlées par l'Autorité de Contrôle Prudentiel (ACP) 61 rue Taitbout - 75009 PARIS.

#### **Article 3. Intervenants au contrat**

- **Le souscripteur / gestionnaire** : MAEVA Assurances
- **L'adhérent** : la personne désignée au certificat d'adhésion comme bénéficiaire des garanties santé.
- **L'assureur** : GENERALI IARD/Vie

#### **Article 4. Définitions**

- **Accident** : on entend par accident toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'adhérent provenant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure.
- **Ayant-droit** : les personnes bénéficiant des garanties santé à la demande de l'adhérent. Le nom des ayants droit est mentionné sur le certificat d'adhésion.

Peuvent avoir la qualité d'ayant-droit :

1 - le conjoint de l'adhérent.

Est également assimilée au conjoint :

- La personne ayant conclu avec l'adhérent un contrat relevant du régime juridique du pacte civil de solidarité régi par les articles 515-1 à 515-7 et 506-1 du Code civil,
- La personne entretenant avec l'adhérent un concubinage notoire et constant d'une durée au moins égale à 2 ans, pouvant justifier d'une résidence principale commune durant cette période.

2 - Les enfants de l'adhérent, de son conjoint ou de son concubin au sens de la Caisse de Prévoyance Sociale

- Jusqu'au 31 décembre suivant leur 18<sup>ème</sup> anniversaire
- Jusqu'au 31 décembre suivant leur 21<sup>ème</sup> anniversaire en cas de poursuite d'études.
- Sans limitation d'âge s'ils bénéficient de l'allocation aux handicapés adultes versée par la Caisse de Prévoyance Sociale

3 - D'une manière générale, toute personne à la charge effective et permanente de l'adhérent, vivant sous le même toit et ayant la qualité d'ayant droit au regard de la Caisse de Prévoyance Sociale.

- **Délai d'attente** : période courant de la date d'adhésion au contrat à la prise d'effet des garanties, au cours de laquelle les frais occasionnés par une maladie, un accident ou une maternité ne peuvent donner lieu à remboursement.
- **Plafond de garantie** : montant maximum de prestation pouvant être perçu par un adhérent ou un ayant droit au cours des douze mois consécutifs suivant la prise d'effet de l'adhésion ou chaque date anniversaire de l'adhésion, conformément au tableau des garanties.
- **Hospitalisation** : séjour d'au moins 24 heures, dans un établissement de soins public ou privé hors maison de repos et de convalescence, dans le but de traiter médicalement ou chirurgicalement une maladie ou les conséquences d'un accident garanti par le contrat.

## **Article 5. Informatique et libertés**

En application de la Loi n°78-17, l'adhérent a un droit d'accès et de rectification des informations détenues par le gestionnaire ou l'assureur en s'adressant à **MAEVA Assurances**.

## **CHAPITRE 2 – SOUSCRIPTION ET FIN DE GARANTIE**

### **Article 6. Adhésion au contrat et fin de garantie**

- **Formules Confort et Luxe** :

L'adhésion à ces formules est proposée exclusivement aux personnes âgées de 18 à 59 ans inclus avec leurs ayants-droits, relevant de la Caisse de Prévoyance Sociale. Les garanties prennent fin au 31 décembre suivant le 70<sup>e</sup> anniversaire de l'adhérent et / ou de l'ayant-droit.

- **Formule senior (formule individuelle)** :

L'adhésion à cette formule est proposée aux personnes de 60 à 69 ans inclus. Les garanties prennent fin au 31 décembre suivant le 70<sup>e</sup> anniversaire de l'adhérent. Cette formule est individuelle, et ne peut garantir les ayants-droits de l'adhérent.

### **Article 7. Prise d'effet des garanties**

Sauf suppression des délais d'attente, les garanties prennent effet après application des délais d'attente suivants après adhésion au contrat :

- 3 mois pour les soins courants autres que ceux résultant d'un accident,
- 6 mois pour les frais d'optique, de soins et prothèses dentaires,
- 10 mois pour la maternité

En cas de changement de garanties (ceux-ci s'opérant uniquement à l'échéance principale), les délais d'attente s'appliquent sur les garanties plus élevées que celles précédemment souscrites.

## **CHAPITRE 3 - COTISATIONS**

### **Article 8. Détermination des cotisations**

Les montants de cotisations sont fixés au Certificat d'Adhésion. Ils sont révisables à chaque échéance annuelle, notamment en fonction des résultats du contrat et des évolutions de remboursement de la Caisse de Prévoyance Sociale.

### **Article 9. Paiement des cotisations**

**9.1.** Les cotisations sont annuelles et versées au gestionnaire selon les échéances mentionnées au Certificat d'Adhésion. Elles sont payables dans les **dix jours** suivant chaque échéance.

**9.2.** A défaut de paiement d'une cotisation ou d'une fraction de cotisation dans les dix jours de son échéance, le gestionnaire indépendamment de son droit d'en poursuivre le recouvrement, peut, par lettre recommandée valant mise en demeure adressée à l'Adhérent, suspendre les garanties trente jours après l'envoi de cette lettre.

Dans la lettre de mise en demeure adressée à l'adhérent, l'Assureur via le Gestionnaire l'informe des conséquences

que ce défaut de paiement entraîne sur la poursuite des garanties santé.

Conformément à l'Article L. 113-3 du Code des Assurances, l'Assureur via le gestionnaire peut résilier l'adhésion dix jours après l'expiration du délai de trente jours visé ci-dessus.

En cas de paiement, avant résiliation de l'adhésion, des cotisations arriérées, de celles venues à échéance pendant la période de suspension et éventuellement des frais de recouvrement, l'adhésion reprend effet à midi le lendemain du jour du paiement.

#### **Article 10. Indexation des cotisations**

Au 1er janvier de chaque année les cotisations fixées au Certificat d'Adhésion sont indexées sur la base d'un taux correspondant à la dernière évolution annuelle connue de l'indice de la Consommation de Soins et de Biens Médicaux.

#### **Article 11. Modification des bases et des taux de remboursement de la Caisse de Prévoyance Sociale**

**11.1.** En cas de modification des bases de remboursement ou des taux de remboursement de la Caisse de Prévoyance Sociale entraînant une augmentation du montant du ticket modérateur, l'assureur peut être amené en cours d'année à proposer une révision des cotisations permettant la prise en charge de cette augmentation dans la limite des prestations garanties par le présent contrat.

**11.2.** A défaut, d'accord entre les signataires, le contrat se poursuit normalement pour l'exercice en cours selon les modalités fixées au 1er janvier de l'exercice considéré ou, le cas échéant, lors de la Souscription au contrat lorsque la modification des remboursements de la Caisse de Prévoyance Sociale intervient lors du premier exercice de prise d'effet du contrat.

**11.3.** En cas de changement de nomenclature des actes et des produits médicaux, l'assureur, peut décider de la modification, de la création ou de la suppression d'une prestation ainsi que l'adaptation du montant de cotisation.

### **CHAPITRE 4 - GARANTIES**

#### **Article 12. Définition des garanties**

Les garanties ont pour objet de rembourser en tout ou partie les frais médicaux, chirurgicaux, hospitaliers, pharmaceutiques, dentaires, d'analyses et d'examens de laboratoire, de prothèses et d'appareillages restant à la charge de l'adhérent ou de l'ayant droit après intervention du régime obligatoire de la Caisse de Prévoyance Sociale.

Les taux de remboursement et les bases de remboursement du régime obligatoire de la Caisse de Prévoyance Sociale pris en considération sont ceux en vigueur à la date de dispense des actes, d'exécution des soins et de prescription.

Les garanties souscrites et les niveaux de remboursement sont définis au Certificat d'Adhésion.

#### **Article 13. Limitations des garanties**

**13.1.** Les remboursements ou les indemnisations des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge de l'adhérent après les remboursements de toute nature auxquels il a droit.

**Pour un enfant de moins de 12 ans, le montant de l'allocation obsèques est limité aux frais réels.**

**13.2.** Nonobstant les exclusions mentionnées au Certificat d'Adhésion, ne sont pas garantis au titre du contrat :

- Les événements, conséquences et suites de la guerre civile ou étrangère,
- Les conséquences de maladie ou d'accident qui sont le fait volontaire de l'adhérent ou d'un ayant droit, de mutilations volontaires,
- Sauf cas contraires précisés au Certificat d'Adhésion :
  - Les actes et les soins non pris en charge par la Caisse de Prévoyance Sociale,
  - Les actes ou prescriptions ne figurant pas aux nomenclatures des actes et prescription de la Caisse de Prévoyance Sociale,
  - Les actes ou prescriptions figurant aux nomenclatures de la Caisse de Prévoyance Sociale mais ne faisant pas l'objet d'une prise en charge par celle-ci,
  - Les actes et les soins non pris en charge par la Caisse de Prévoyance Sociale, dispensés par des praticiens et des établissements hospitaliers non conventionnés, les frais de séjour et les honoraires au titre de la maternité dans des hôpitaux et cliniques non conventionnés.

- Les frais de chambre particulière relatifs à des séjours en établissement de convalescence, de repos et de rééducation, sauf mention au certificat d'adhésion,
- Les frais relatifs aux séjours en établissements de convalescence, de repos ou de rééducation non consécutifs à une hospitalisation médicale ou chirurgicale,
- Les frais relatifs aux séjours en établissements médico-pédagogiques et médico-sociaux,
- Les hospitalisations et frais de chambre particulière pour motifs psychiatriques en établissements non conventionnés,
- Les traitements esthétiques et leurs conséquences éventuelles, les cures d'amaigrissement, de sommeil et les séjours en établissements diététiques, maisons de retraite et hospices,
- Les frais engagés pour des cures thermales non prises en charge par la Caisse de Prévoyance Sociale.

**Article 14. Cessation des garanties santé de l'adhésion** Les garanties cessent :

- Le jour de la résiliation du contrat (chapitre 7) par le Souscripteur ou l'Assureur,
- En cas de résiliation de l'adhésion par l'adhérent, formulée par lettre recommandée avec avis de réception au 31 décembre de l'année et moyennant un préavis d'au moins deux mois,
- En cas de non-paiement des cotisations.
- Pour chaque ayant-droit, lorsque celui-ci ne remplit plus les conditions de l'article 4.

## **CHAPITRE 5 – DROIT AUX PRESTATIONS**

### **Article 15. Obligations de l'adhérent**

L'adhérent s'engage :

- À **informer** l'Assureur via le Gestionnaire de toute demande de prestations faisant suite à un **accident mettant en cause la responsabilité d'un tiers**, l'Assureur étant subrogée de plein droit aux bénéficiaires des prestations victimes d'un accident dans leur action contre le tiers responsable, dans la limite des dépenses supportées ;
- À **informer** le gestionnaire, lorsqu'il bénéficie d'une garantie de même nature que celle assurée par le présent contrat, souscrite de façon individuelle ou dans un cadre collectif, pour la mise en application des dispositions de l'article 22 du présent contrat.

### **Article 16. Ouverture du droit aux prestations**

**16.1.** Le droit aux prestations est ouvert dès la date d'adhésion, sous réserve des délais d'attente.

**16.2.** L'ouverture des droits aux prestations est subordonnée à la production des pièces justificatives mentionnées l'article 17 du présent contrat.

**16.3.** Avant ou à l'occasion du règlement des dossiers de prestations, l'assureur ou le gestionnaire peut procéder à tout contrôle conformément aux dispositions visées à l'article 19 du présent contrat.

**16.4.** L'ouverture des droits aux prestations ne peut être prononcée que pour des actes, des soins, des prescriptions et des événements dont la date est postérieure à la date d'effet de l'adhésion.

### **Article 17. Règlement des prestations**

Le versement des prestations est adressé directement au bénéficiaire, sur présentation des décomptes originaux délivrés par la Caisse de Prévoyance Sociale (**ceux-ci devant être adressés à l'assureur dans un délai maximum de 180 jours après délivrance du relevé de prestations d'origine par la Caisse de Prévoyance Sociale**) et, le cas échéant, des pièces justificatives ci-après mentionnées.

**17.1.** Pour le remboursement des dépenses de santé restant à charge après intervention du régime de la Caisse de Prévoyance Sociale, en cas de dépassement des tarifs de convention ou de responsabilité :

- Soins médicaux et chirurgicaux, frais d'optique, de prothèses dentaires ou de traitement d'orthodontie faciale : photocopie de la feuille de soins faisant apparaître le montant total des sommes payées par l'adhérent ou l'ayant droit, ou note d'honoraires ;
- Frais d'appareillage : facture acquittée du fournisseur ;
- Frais d'hospitalisation médicale ou chirurgicale : facturation de l'établissement hospitalier et, le cas échéant, des dépenses accessoires (frais de chambre particulière, d'accompagnement d'un enfant hospitalisé, de paiement du forfait journalier hospitalier...);

**172.** Pour la prise en charge, le cas échéant, des dépenses de santé ne donnant pas lieu à remboursement par le régime de la Caisse de Prévoyance Sociale

- Justificatifs visés à l'alinéa précédent et toute pièce attestant du paiement des dépenses de santé dont le remboursement est demandé ;
- Notification du refus opposé par le régime de la Caisse de Prévoyance Sociale si tel est le cas, et notes d'honoraires correspondant aux soins dont le remboursement a été refusé faisant apparaître la cotation de l'acte pratiqué.

**173.** Pour le service des prestations complémentaires :

- Justification de la réalité de l'événement ouvrant droit à indemnisation (acte de décès...).
- Les factures acquittées correspondant aux frais d'obsèques engagés et le justificatif de l'identité du bénéficiaire de la prestation à savoir la personne physique ou morale ayant supporté les frais d'obsèques.

## **Article 18. Pluralité d'assurances**

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

## **Article 19. Contrôle**

L'Assureur ou le gestionnaire peut procéder à tout contrôle permettant de vérifier l'exactitude des renseignements produits tant par l'adhérent que par les ayants droit.

Les décisions prises à l'issue de ces contrôles sont portées à la connaissance des intéressés par lettre motivée, en recommandé avec demande d'accusé de réception.

## **CHAPITRE 6 – NULLITE, PRESCRIPTION, FORCLUSION, SUBROGATION**

### **Article 20. Nullité du contrat - Nullité de l'affiliation**

#### **20.1. Nullité du contrat**

En cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de l'adhérent, de nature à affecter l'appréciation par l'assureur du risque apporté, du montant des cotisations dues ou du montant des prestations dues, le contrat est annulé de plein droit, alors même que le risque omis ou dénaturé par l'adhérent a été sans influence sur le sinistre. L'adhérent ne peut prétendre à aucun remboursement de cotisation.

Dans le cas où les faits délictueux sont constatés après le versement des prestations, l'assureur ou le gestionnaire en poursuit le recouvrement.

### **Article 21. Prescription et forclusion**

#### **21.1. Prescription**

Tous droits et actions concernant le contrat se prescrivent par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Lorsque le bénéficiaire est mineur ou incapable majeur, le délai visé ci-dessus ne court qu'à compter du jour où l'intéressé atteint sa majorité ou recouvre sa capacité.

#### **21.2. Forclusion**

Pour être recevable, toute réclamation portant sur le paiement ou le refus de paiement d'une prestation doit parvenir au gestionnaire dans les six mois à compter du paiement ou de la décision de refus contesté. Ce délai de six mois court à compter de la majorité ou du recouvrement de la capacité pour les mineurs et incapables majeurs.

### **Article 22. Subrogation**

L'assureur est subrogé de plein droit à l'adhérent ou l'ayant droit victime d'un accident dans son action contre le tiers responsable, que la responsabilité du tiers soit entière ou qu'elle soit partagée.

La subrogation s'exerce dans la limite des dépenses que l'Assureur a exposées, à due concurrence de la part d'indemnité mise à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de la victime.

En est exclue la part d'indemnité de caractère personnel correspondant aux souffrances physiques ou morales endurées par la victime et au préjudice esthétique et d'agrément.  
De même, en cas d'accident suivi de mort, la part d'indemnité correspondant au préjudice moral des ayants droit leur demeure acquise.

## **CHAPITRE 7 – RELATIONS ENTRE LE SOUSCRIPTEUR ET L'ASSUREUR - PRISE D'EFFET, DUREE, RESILIATION DU CONTRAT**

### **Article 23. Prise d'effet et renouvellement du contrat**

Le contrat prend effet au 1<sup>er</sup> juin 2010. Il est renouvelable au 1<sup>er</sup> janvier de chaque année par tacite reconduction, sauf résiliation dans les conditions visées à l'article 24.

### **Article 24. Résiliation du contrat**

La résiliation du contrat par le souscripteur ou l'Assureur doit être signifiée par lettre recommandée avec avis de réception moyennant un délai de préavis qui ne peut être inférieur à **deux mois** avant son échéance annuelle.

En cas de non-acceptation par le souscripteur des tarifs présentés lors du renouvellement du contrat, la résiliation par l'Assureur est signifiée par lettre recommandée avec avis de réception à l'échéance annuelle de l'adhésion.

En cas résiliation du contrat, quelle qu'en soit la cause, le souscripteur en informe les adhérents individuellement.

### **Article 25. Effets de la résiliation**

La résiliation du contrat en fait cesser ses effets au 31 décembre de l'exercice de résiliation.

Toutefois, l'Assureur reste engagé sur les dépenses de santé engagées entre la date de Souscription du contrat et la fin de l'exercice civil de la résiliation et ce jusqu'à leur liquidation complète sous réserve du paiement des cotisations afférent à cette période et que les justificatifs de ces dépenses soient portés à sa connaissance dans les 12 mois suivant la date d'effet de la résiliation du contrat.

----- **Fin des conditions générales valant notice d'information.....**