



Amis est une société du Groupe AVIVA, l'un des leaders de l'assurance en Europe. Elle exerce son activité dans tous les domaines de l'assurance Santé par l'intermédiaire d'Assureurs Conseils présents partout en France. Grâce à leur disponibilité et à leur professionnalisme, les Assureurs Conseils Amis vous offrent un service et des conseils de qualité.

Votre Assureur Conseil Amis :



LES ASSURANCES MULTIRISQUES INTERPROFESSIONNELLES DE LA SANTÉ
Société anonyme d'assurances. Entreprise régie par le Code des Assurances. Capital Social : 19.567.488,50 euros.
342 369 857 R.C.S. Nanterre. Siège social : 13 rue du Moulin Bailly - 92271 Bois-Colombes Cedex.

A S S U R A N C E S A N T É



complémentaire
santé

Santhia, la plus **généreuse**
des complémentaires



AMIS



SANTHIA, la complémentaire Santé qui vous en donne ENCORE PLUS !

Le remboursement total de vos frais d'hospitalisation :

le forfait journalier, la chambre particulière et les dépassements d'honoraires sont intégralement remboursés dans les cliniques ou hôpitaux conventionnés (dès la formule N100).

NOUVEAU ! Votre fidélité récompensée !

Bénéficiez :

d'une **majoration** de votre **forfait optique** et de vos **remboursements dentaires** dès la 3^{ème} et la 5^{ème} année d'assurance.

de la **garantie « Bien-être »** qui vous est offerte dès la 2^{ème} année d'assurance : vaccins et médecine "alternative" non pris en charge par votre Régime Obligatoire.

Santhia, gamme « responsable » !

Vous respectez le parcours de soins coordonnés, vous bénéficiez du remboursement optimal de vos frais de santé.

Vous profitez aussi de la prise en charge de **2 actes de prévention** considérés comme prioritaires au regard d'objectifs de santé publique.

Plus des avantages...

Garantie immédiate (sauf maternité) **et à vie.**

Pas de questionnaire médical (sauf N300).

Forfait optique* et remboursements dentaires RENFORCÉS.

*dont l'intervention au laser pour correction de la myopie.

Tiers payant gratuit : pharmacie, radiologie et laboratoires d'analyses (dans les départements signataires).

Remboursement sous 48 h

par virement sur transmission informatique des données par votre Régime Obligatoire.

...et des services confortables :

une assistance 24h/24 : livraison à domicile de vos médicaments, recherche du médecin de garde, d'une ambulance...

une aide précieuse en cas d'hospitalisation ou d'immobilisation imprévues : aide ménagère, aide familiale pour vos enfants, école à domicile...



Choisissez la formule qui vous convient le mieux

Des garanties indispensables

Avec les formules TM et N100, vous bénéficiez du remboursement de l'essentiel de vos soins courants.

Pour un confort optimum

Les formules N100 à N200 couvrent les frais réels en hôpitaux et cliniques conventionnés et vous permettent de bénéficier de forfaits et remboursements avantageux en optique, dentaire, maternité, cure thermale et frais d'obsèques.

De plus, la garantie « **Bien-être** » vous est offerte dès la 2^{ème} année d'assurance.

Votre forfait optique et vos remboursements dentaires sont par ailleurs majorés en 3^{ème} et 5^{ème} année d'assurance.

Pour encore plus de sérénité

Une formule haut de gamme vous est proposée. La formule N300 vous permet de bénéficier des mêmes avantages avec des montants encore plus élevés.

Votre Complémentaire Santé a son vocabulaire

Régime Obligatoire (RO) : régime légal de Prévoyance Sociale Maladie auquel vous avez l'obligation d'être affilié(e) : régime général de la Sécurité sociale, régime des Assurances Agricoles, régime de l'Assurance Maladie des Travailleurs Non Salariés des professions non agricoles (artisans, commerçants, professions libérales), régime d'Assurance Maladie des Exploitants Agricoles (AMEXA).

Tarif de Convention (TC) : ce tarif sert de base aux remboursements des honoraires et des soins dispensés par l'ensemble des professionnels de la santé ayant adhéré aux Conventions Nationales.

Tarif de Responsabilité : tarif arrêté par les Pouvoirs Publics et qui s'applique au remboursement des séjours hospitaliers et à certains autres actes.

Frais réels : votre Régime Obligatoire rembourse toujours sur la base du Tarif de Convention ou de Responsabilité et jamais sur celle des frais que vous avez réellement supportés, même quand vous bénéficiez d'une prise en charge à 100% en raison de la nature de la maladie.

Médecin traitant : médecin que vous avez déclaré à votre caisse d'assurance maladie et qui assure la coordination de vos soins. Il peut vous orienter vers d'autres professionnels de santé, pour un suivi régulier ou un avis ponctuel.

Parcours de soins : consultation en première intention du médecin traitant qui vous adresse ensuite éventuellement vers un médecin correspondant. Le parcours de soins ne s'applique pas pour les moins de 16 ans, ni en cas d'éloignement, d'urgence, d'absence du médecin traitant, ni pour les médecins en accès direct autorisé.

Une gamme responsable et complète avec Santhia : 7 formules au choix

Vos dépenses de santé	Remboursements du Régime Obligatoire d'assurance maladie	SANS questionnaire médical							Avec questionnaire médical
	Salariés, Travailleurs non salariés, Exploitants agricoles	TM	N100	N100+	N125	N150	N200	N300	
Hospitalisation Frais de séjour, honoraires des chirurgiens, anesthésistes, transfusion sanguine, salle d'opération, chambre particulière ¹ , lit d'accompagnant pour un enfant de moins de 10 ans hospitalisé (maxi 10 jours/an). • en établissement conventionné • en établissement non conventionné • forfait journalier hospitalier	de 80 % à 100 % ³ Exclu	100 % ² 100 % ² frais réels	frais réels 150 % frais réels	frais réels 150 % frais réels	frais réels 150 % frais réels	frais réels 150 % frais réels	frais réels 150 % frais réels	frais réels 150 % frais réels	
Soins médicaux courants • Consultation, visite, actes techniques de spécialistes, actes d'auxiliaires médicaux, radiologie, analyses, appareils auditifs, orthopédie, transport du malade, cure thermale, • Hospitalisation de jour ou à domicile	de 60 % à 70 % de 80 % à 100 %	100 % 100 %	100 % 100 %	100 % 100 %	125 % 125 %	150 % 150 %	200 % 200 %	300 % 300 %	
Pharmacie Médicaments et homéopathie remboursés par le RO.	de 15 % à 100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	
Dentaire • Soins dentaires • Prothèses dentaires et orthodontie acceptées par le RO - 1 ^{ère} et 2 ^{ème} année d'assurance - 3 ^{ème} et 4 ^{ème} année d'assurance - à partir de la 5 ^{ème} année d'assurance Plafond par an et par assuré :	70 % 70 % 70 % 70 %	100 % 100 % 100 % 100 %	100 % 100 % 100 % 100 %	100 % 160 % 180 % 200 %	125 % 200 % 220 % 240 %	150 % 220 % 240 % 260 %	200 % 250 % 270 % 290 %	300 % 300 % 320 % 340 %	
Optique • Soins (rééducation, actes spécifiques) • Forfait optique pour verres et montures pris en charge par le RO, lentilles, intervention au laser pour correction de la myopie (par an et par assuré). - 1 ^{ère} et 2 ^{ème} année d'assurance - 3 ^{ème} et 4 ^{ème} année d'assurance - à partir de la 5 ^{ème} année d'assurance	70 % 65 % 65 % 65 %	100 % - - -	100 % 70 € 70 € 70 €	125 % 120 € 140 € 160 €	150 % 160 € 180 € 200 €	150 % 200 € 225 € 250 €	200 % 250 € 280 € 310 €	300 % 310 € 340 € 370 €	
Prestations supplémentaires									
Forfait Maternité et adoption ⁴	NON	-	-	100 €	125 €	160 €	200 €	240 €	
Forfait Cure Thermale par année d'assurance et par assuré	NON	-	-	100 €	120 €	150 €	175 €	200 €	
Forfait Frais d'Obsèques (pour assuré de moins de 70 ans)	NON	-	500 €	500 €	500 €	750 €	750 €	750 €	
Garantie Bien-être ⁵ à compter de la 2 ^{ème} année d'assurance	NON	-	-	50 €	50 €	75 €	100 €	130 €	
2 actes de prévention ⁶	NON	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	
Assistance au quotidien	NON	NON	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	

Le montant de notre remboursement est exprimé dans le cadre du parcours de soins coordonnés.

Les remboursements exprimés en pourcentage sont calculés sur la base du Tarif de Convention ou de Responsabilité, sous déduction des prestations versées par votre Régime Obligatoire et dans la limite des frais réels. Toutefois, la Contribution Forfaitaire retenue par votre Régime Obligatoire reste à votre charge (consultations et visites des généralistes et spécialistes, actes de biologie, actes de radiologie).

1-La chambre particulière est remboursée au tarif prévu dans l'établissement, dans la limite journalière de 150 euros. Notre remboursement concerne la chambre elle-même et exclut les services annexes : télévision, téléphone, suppléments alimentaires...

2-La formule TM ne prévoit pas la prise en charge des frais de la chambre particulière et du lit d'accompagnant.

3-Depuis le 01/01/06, lorsque le montant de l'acte médical est supérieur à 91 euros, votre Régime Obligatoire retient une franchise de 18 euros. Cette franchise est prise en charge par votre complémentaire Santhia.

4-Le forfait « Maternité » est également versé en cas d'adoption, si la mère est assurée au titre du contrat depuis au moins un an, sur justificatif de l'adoption.

5-La garantie « Bien-être » : à compter de la 2^{ème} année d'assurance, nous vous remboursons les vaccins, ainsi que l'homéopathie, les actes d'ostéopathes et de chiropracteurs non pris en charge par votre Régime Obligatoire, dans la limite du montant annuel précisé ci-dessus, selon la formule choisie.

6-Dans le cadre du respect du contrat « responsable », nous vous remboursons le ticket modérateur de 2 prestations de prévention par année d'assurance considérées comme prioritaires au regard d'objectifs de santé publique (la liste des ces actes sera fixée par arrêté ministériel).

Quelques exemples de remboursements

Vos dépenses de santé	Remboursements du Régime Obligatoire d'assurance maladie	Votre remboursement total (Remboursement RO + Complémentaire Santhia)							
	Salariés, Travailleurs non salariés, Exploitants agricoles	TM	N100	N100+	N125	N150	N200	N300	
Hospitalisation (exemple 7 jours) • Chirurgien : honoraires 400 € (KC120) • Anesthésie : honoraires 200 € • Chambre particulière (34 €/jour) • Forfait hospitalier (15 €/jour)	100 % : 250,80 € 100 % : 114,95 € 0 € 0 €	250,80 € 114,95 € 0 € 105 €							
Consultations* • Généraliste (C) secteur 1 conventionné Médecin traitant (TC = 20 €) • Spécialiste (CS) secteur 1 conventionné Suivi régulier (TC = 27 €) • Spécialiste (CS) secteur 2 (honoraires libres) Suivi régulier (TC = 25 €)	70 % - CF** 70 % - CF** 70 % - CF**	19 € 26 € 24 €	19 € 26 € 24 €	19 € 26 € 24 €	19 € 26 € 30,25 €	19 € 26 € 36,50 €	19 € 26 € 49 €	19 € 26 € 74 €	

*Les exemples de remboursements sont établis dans le cadre du parcours de soins coordonnés. Si vous consultez hors parcours de soins, votre Complémentaire Santhia ne prendra pas en charge le ticket modérateur majoré par votre Régime Obligatoire et la franchise sur les éventuels dépassements d'honoraires des médecins.

**Depuis le 01/01/05, une Contribution Forfaitaire de 1 € est retenue par votre Régime Obligatoire (loi du 13/08/04).

Dentaire								
Prothèses dentaires et orthodontie acceptées par le RO (TC = 107,50 €)								
- 1 ^{ère} et 2 ^{ème} année d'assurance	70 %	107,50 €	107,50 €	172 €	215 €	236,50 €	268,75 €	322,50 €
- 3 ^{ème} et 4 ^{ème} année d'assurance	70 %	107,50 €	107,50 €	193,50 €	236,50 €	258 €	290,25 €	344 €
- à partir de la 5 ^{ème} année d'assurance	70 %	107,50 €	107,50 €	215 €	258 €	279,50 €	311,75 €	365,50 €
Plafond par an et par assuré :		500 €	500 €	800 €	1 000 €	1 200 €	1 500 €	1 800 €
Optique								
Forfait optique pour verres et montures pris en charge par le RO, lentilles, intervention au laser pour correction de la myopie (par an et par assuré).								
- 1 ^{ère} et 2 ^{ème} année d'assurance	65 %	—	RO + 70 €	RO + 120 €	RO + 160 €	RO + 200 €	RO + 250 €	RO + 310 €
- 3 ^{ème} et 4 ^{ème} année d'assurance	65 %	—	RO + 70 €	RO + 140 €	RO + 180 €	RO + 225 €	RO + 280 €	RO + 340 €
- à partir de la 5 ^{ème} année d'assurance	65 %	—	RO + 70 €	RO + 160 €	RO + 200 €	RO + 250 €	RO + 310 €	RO + 370 €

Selon Tarif de convention en vigueur au 01/01/2006. Coût d'une consultation chez votre dermatologue, pour un suivi régulier, qui est en secteur 2 (honoraires libres) : **40 €**. Tarif de convention : **25 €**. Si vous êtes salariée(e) et que vous avez choisi la formule N125 : remboursement de votre Régime Obligatoire : **16,50 €** (=70 % du Tarif de Convention - Contribution Forfaitaire 1 €), remboursement de votre Complémentaire Santhia : **14,75 €** (=125 % du Tarif de Convention - remboursement du Régime Obligatoire dont la Contribution Forfaitaire de 1 €). Remboursement total : **30,25 €**.

Pour encore plus de sécurité, complétez votre protection par les garanties ci-dessous

► Assistance Hospitalière

Lors d'une hospitalisation, certains frais sont essentiels pour votre vie familiale (frais de garde de vos enfants, frais de déplacement et d'hébergement de vos proches) mais aussi pour votre confort (location d'une télévision, frais de téléphone...).

Avec la garantie Assistance Hospitalière, vous recevez une indemnité journalière dont vous choisissez vous-même le montant.

Situation de famille	Montant conseillé
Célibataire	15 €/jour
Marié	22 €/jour
Célibataire ou marié + 1 enfant	30 €/jour
Célibataire ou marié + 2 enfants ou plus	38 €/jour

► Incapacité Temporaire

Suite à un accident ou une maladie, nous vous garantissons une indemnité journalière. 15€, 30€, 46€ et même 152€ par jour... à vous de choisir le montant qui correspond à vos besoins.

► Individuelle Accident du chef de famille

Cette garantie vous offre une protection maximale contre les conséquences financières d'un accident de la vie privée ou professionnelle. En cas d'infirmité permanente ou partielle, un important capital exonéré d'impôt est versé.

Situation de famille	Indemnité en cas de décès	Indemnité en cas d'infirmité*
Célibataire	—	30 480 €
Couple	30 480 €	30 480 €
Célibataire ou marié + 1 enfant	45 720 €	45 720 €
Célibataire ou marié + 2 enfants ou plus	60 960 €	60 960 €

* Capitaux pour une infirmité permanente à 100%. En cas d'infirmité permanente partielle, un capital proportionnel au taux d'infirmité est versé.

► Rente d'invalidité

Si vous êtes travailleur non salarié, nous vous versons une rente annuelle jusqu'à 60 ans, en cas d'invalidité suite à un accident ou une maladie, selon le barème contractuel prévu aux Conditions Générales.

Garantie complémentaire frais de soins Santhia

Pour les personnes assujetties à un Régime Obligatoire d'Assurance Maladie Contrat Responsable

Extrait des Conditions Générales n° 30181

Complémentaire Frais de Soins SANTHIA proposée par la Société AMIS.

Ce document est un résumé du contrat. Les Conditions Générales seront transmises avec les Conditions Particulières.

L'OBJET DU CONTRAT - LES GARANTIES ET SERVICES

Le contrat Complémentaire Frais de Soins vous garantit le remboursement de vos dépenses de santé consécutives à une maladie, un accident ou une maternité, en complément des prestations versées par votre Régime Obligatoire dans le cadre du parcours de soins coordonnés. Toutefois, la Contribution Forfaitaire retenue par votre Régime Obligatoire reste à votre charge.

La maladie est définie comme toute altération de la santé, constatée par une autorité médicale compétente.

L'accident est défini comme toute atteinte corporelle, non intentionnelle de votre part, provenant de l'action soudaine d'une cause extérieure.

Le détail des prestations est précisé sur le tableau joint. Les prestations dépendent de la formule choisie et sont toujours subordonnées à l'intervention de votre Régime Obligatoire.

Des forfaits "optique", "maternité", "cure thermique" ou "frais d'obsèques" sont prévus dans certaines formules. Le forfait "frais d'obsèques" est dû jusqu'à ce que l'Assuré atteigne l'âge de 70 ans.

En plus de la garantie "Complémentaire Frais de Soins", des services sont offerts :

- L'Assistance au Quotidien (sauf formule TM).
 - des accords de transmission de données informatiques avec les Caisses d'Assurance Maladie, la RAM et le GAMEX, vous évitant de nous adresser les décomptes de votre Régime Obligatoire. Lorsque vous pouvez bénéficier de ces accords, nous vous remboursons directement en fonction de la formule choisie.
 - le tiers payant pharmaceutique, laboratoire et radiologique (dans les départements signataires) pour les formules N100, N100+, N125, N150, N200 et N300.
- Le détail de ces services gratuits est contenu dans les Conditions Générales. Vous bénéficiez de ces services lorsqu'ils sont mentionnés sur vos Conditions Particulières. Votre contrat étant "responsable", les garanties et le montant des remboursements répondent au cahier des charges fixé par le décret 2005.1226 du 29/09/05.

LA PRISE D'EFFET DE L'ADHÉSION

- Pour les contrats souscrits sans questionnaire médical, les garanties s'exercent pour les soins qui sont consécutifs à un accident, une maladie, une infirmité, une hospitalisation, et totalement effectués après la prise d'effet de l'adhésion au contrat.
- Pour les contrats souscrits avec questionnaire médical, les garanties s'exercent pour :
 - les accidents survenus après la prise d'effet de l'adhésion au contrat,
 - les infirmités et maladies dont les manifestations initiales sont postérieures à la date de prise d'effet de l'adhésion,
 - les soins dentaires et les prothèses dentaires dont l'origine du besoin a été constatée médicalement postérieurement à la date de prise d'effet de l'adhésion,
- Dans tous les cas, la maternité est garantie si la grossesse est postérieure à la date de prise d'effet de l'adhésion.

LA TERRITORIALITE DE LA GARANTIE COMPLÉMENTAIRE FRAIS DE SOINS

Vous êtes garanti pour les frais prescrits et engagés dans le Monde Entier, sous réserve du remboursement de votre Régime Obligatoire d'Assurance Maladie français. Pour tout séjour à l'étranger supérieur à deux mois continus, nous consulter.

LES CAS DANS LESQUELS NOUS N'INTERVENONS PAS

Nous ne garantissons pas, même si votre Régime Obligatoire est intervenu (ainsi que pour les services tiers payant et accords CPAM, RAM, GAMEX) :

- les conséquences de l'éthylisme aigu ou chronique de la personne assurée, l'usage de stupéfiants ou de tranquillisants, la mutilation volontaire, le suicide ou la tentative de suicide,
- les traitements à visée esthétique (sauf ceux consécutifs à un accident garanti), les cures de thalassothérapie, les traitements psychanalytiques et psychopédagogiques, les séjours en service de gérontologie ou de gériatrie ou tout autre établissement de long séjour pour personnes âgées,
- les interventions chirurgicales à visée esthétique, les interventions comportant une réduction de la masse graisseuse, ainsi que les interventions pour rhinoplastie et septoplastie nasale. Restent néanmoins garanties les rhinoplasties justifiées par un traumatisme nasal survenu pendant la période de garantie,
- les interventions chirurgicales pour hypertrophie et hypotrophie mammaires ainsi que les interventions comportant une lipectomie, une liposuction, une liposculpture, une plastie abdominale,
- les différentes étapes de la fécondation in vitro (FIV),
- pour les contrats souscrits avec un questionnaire médical, les suites et conséquences d'accident survenu avant la prise d'effet du contrat et des maladies dont les manifestations initiales sont antérieures à la date d'entrée en vigueur de la garantie et qui sont mentionnées aux conditions particulières.
- les frais de voyage et d'hébergement en cas de cure thermique, les frais de séjour climatique à la campagne, à la mer, à la montagne et en colonie sanitaire.
- les maladies ou accidents résultant de la guerre civile ou étrangère, de la participation active à des actes de terrorisme, sabotage, émeutes, mouvements populaires, grèves, désintégration du noyau atomique, participation à une rixe (sauf cas de légitime défense).
- les accidents ou maladies survenant à l'occasion de la pratique d'un sport à titre professionnel, de certains sports aériens, de la participation en tant que concurrent à des courses, matchs, compétitions avec usage de véhicules quelconques ou d'embarcations à moteur.

LIMITATION DE GARANTIE

Le remboursement du forfait journalier et de la chambre particulière est limité à 90 jours par an pour les séjours en service ou établissement psychiatrique.

LA DÉCLARATION DU RISQUE

Le contrat est établi d'après vos déclarations à l'adhésion. Si vous avez rempli un questionnaire médical, il fait partie de ces déclarations.

A l'adhésion, le Proposant doit répondre exactement sous peine de sanctions prévues aux articles L 113-8 et L 113-9 du Code des Assurances à toutes les questions concernant chaque personne demandant son adhésion.

En cours de contrat, vous devez nous préciser toute circonstance nouvelle, particulièrement tout changement de domicile (résidence principale), tout changement de Régime Obligatoire et la souscription de contrat identique.

QUE FAIRE EN CAS DE MALADIE OU D'ACCIDENT ?

Toutes les pièces concernant une maladie ou un accident doivent nous être remises 3 mois au plus tard après la fin du traitement.

En cas d'accident, il est nécessaire d'indiquer la nature de l'accident, les circonstances et le lieu de celui-ci, ses causes et conséquences probables, le nom du tiers responsable, les noms et adresses des témoins.

Pour obtenir les remboursements, vous nous adresserez les décomptes originaux établis par votre Régime Obligatoire, la facture de l'établissement hospitalier et les notes d'honoraires du chirurgien.

Le numéro de votre contrat devra être inscrit au dos de votre décompte.

Lorsque vous bénéficiez déjà d'un contrat de même nature, vous nous en aviserez.

Notre Médecin Conseil doit pouvoir constater votre état de santé, si nécessaire, et vous demander des renseignements complémentaires.

Si la formule choisie le prévoit :

- Le forfait "maternité", versé si la mère de l'enfant est comprise dans l'assurance, est réglé sur présentation du bulletin de naissance de l'enfant. En cas d'adoption, ce forfait est versé sur justificatif de l'adoption, si la mère est assurée depuis au moins un an.

- Le forfait "cure thermique" est alloué au vu des décomptes relatifs à la cure.

- Le forfait "optique" (verres, montures, lentilles) est versé sur présentation de la facture détaillée établie par l'opticien.

- Le forfait "frais d'obsèques" est réglé au membre de la famille qui a engagé les frais funéraires, au vu d'un certificat médical de constatation du décès, d'une photocopie de la carte nationale d'identité ou du livret de famille de la personne décédée et de la facture des frais funéraires.

Votre contrat étant qualifié de « responsable », nous prenons en charge le ticket modérateur de deux prestations de prévention considérées comme prioritaires au regard d'objectifs de santé publique et dont la liste doit être fixée par arrêté ministériel. Par ailleurs, à compter de la 2^{ème} année d'assurances, nous vous remboursons, dans la limite annuelle de la « garantie Bien-Être », les vaccins, l'homéopathie, les actes de chiropracteurs et d'ostéopathes, non remboursés par votre Régime Obligatoire.

VOTRE CONTRAT

Il produit tous ses effets à compter de la date fixée aux Conditions Particulières. Il est souscrit pour une durée de un an renouvelable par tacite reconduction.

Vous pouvez résilier votre contrat chaque année par lettre recommandée envoyée au moins 3 mois avant la date anniversaire de prise d'effet du contrat.

La garantie complémentaire frais de soins est viagère dès votre adhésion. Nous ne pouvons résilier votre contrat que pour non paiement de cotisation ou fausse déclaration. Les services peuvent cesser en cas de rupture des accords passés avec les différents organismes.

Les autres cas de résiliation du contrat sont précisés aux Conditions Générales.

LA COTISATION

La cotisation est annuelle et payable d'avance mais peut être fractionnée.

Le non paiement de la cotisation entraîne la suspension de l'adhésion 30 jours après l'envoi d'une lettre recommandée de mise en demeure, puis la résiliation du contrat.

La cotisation est calculée selon votre âge à l'adhésion et selon votre lieu de domicile (résidence principale).

Elle est majorée chaque année à l'échéance principale pour tenir compte du changement d'âge.

Elle peut être modifiée en cas de changement de département de résidence principale, à l'échéance principale suivante.

De plus, la cotisation varie chaque année en fonction de la moyenne arithmétique des taux d'accroissement annuels de la consommation médicale totale. Elle peut aussi être modifiée, en cours d'année d'assurances, en cas de changement dans la législation des Régimes Obligatoires ou de modifications des prestations versées par votre Régime Obligatoire.

DROIT DE COMMUNICATION ET DE RECTIFICATION

En application de la loi 78-17 du 6 janvier 1978, vous pouvez demander communication et rectification de toute information vous concernant qui figurerait sur les fichiers de notre société, en vous adressant à notre siège social :

13 rue du Moulin Bailly - 92271 BOIS COLOMBES Cedex.

EXAMEN DES RÉCLAMATIONS

Si vous n'êtes pas d'accord avec nos réponses, vous pouvez adresser votre réclamation à notre siège social, au Service Relations Clients.

CONTRÔLE DES ASSURANCES

L'autorité chargée du contrôle des assurances est : la Commission de Contrôle des Assurances, des Mutuelles et des Institutions de Prévoyance - 54 rue de Châteaudun - 75009 PARIS.