

I. OBJET ET CONDITIONS D'ADMISSION

ARTICLE 1 : OBJET

La présente notice d'information détermine les conditions et modalités de fonctionnement du régime d'assurance frais de santé dénommé « SANTALIA EUCARE+ / SANTALIA EUCARE HOSPI / SANTALIA EUCARE HOSPI+ », complémentaire au Régime Commun d'Assurance Maladie (RCAM) des Institutions Européennes.

L'association « La Prévoyance Européenne » a souscrit le contrat collectif « SANTALIA EUCARE+ / SANTALIA EUCARE HOSPI / SANTALIA EUCARE HOSPI+ », référencé « CSAN1301 » pour le compte de ses membres auprès de Mutuelle Bleue, mutuelle soumise au Livre II du Code de la mutualité français, 68 Rue du Rocher 75396 PARIS Cedex 08 - FRANCE, immatriculée au répertoire SIRENE sous le n° 775 671 993.

Il est distribué et géré par SANTALIA SPRL, domiciliée rue Barthélémy Frison, 13 - 7500 TOURNAI - BELGIQUE, Société anonyme de courtage d'assurance de droit belge, au capital de 300 000 euros, enregistrée à la Banque Carrefour des Entreprises sous le n°899.250.673, immatriculée au Registre des intermédiaires d'assurance auprès de la Financial Services & Markets Authority (FSMA) sous le n°104197 A.

ARTICLE 2 : DÉFINITIONS

Accident : toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'assuré provenant de l'action soudaine d'une cause extérieure. Les affections de la colonne vertébrale, les pathologies cardiaques associées ou non à des coronaropathies ainsi que les chocs émotifs et les états dépressifs même consécutifs à un accident, sont considérés comme des maladies.

Adhérent : personne physique signataire de la demande d'adhésion, membre de l'association « La Prévoyance Européenne », membre participant de l'Assureur, et acquittant les primes. L'adhérent peut être différent de l'assuré.

Assuré : la personne sur laquelle repose le risque de survenance de l'événement garanti.

Assureur : Mutuelle Bleue, Mutuelle de droit français soumise aux dispositions du Livre II du Code de la mutualité français, domiciliée 68 Rue du Rocher 75396 PARIS Cedex 08 - FRANCE, immatriculée au répertoire SIRENE sous le n° 775 671 993.

Bénéficiaires : l'adhérent lui-même et ses ayants droit désignés au certificat d'adhésion.

Délai de stage : période comprise entre la date de prise d'effet de l'adhésion et la date de prise d'effet de la garantie ; durant cette période, les remboursements ne sont pas dus ou sont réduits, selon le type de garantie souscrite.

Établissement spécialisé : maisons de repos (y compris les hôpitaux ou parties d'hôpitaux titulaires de l'agrément « maison de repos et de soins » lorsque l'assuré y est admis à cette fin), établissements destinés aux cures de toutes natures, maisons de convalescence, centres de rééducation, de

diététique médicale, de gériatrie, homes d'enfants, ainsi que tous types d'établissement assimilables aux établissements listés ci-avant.

Hospitalisation : séjour en établissement hospitalier tel que défini dans les dispositions générales d'exécution relatives au remboursement des frais médicaux (décision de la Commission du 2 juillet 2007 - Titre II - Chapitre II - pt 1) (y compris hospitalisation de jour).

Intervention du RCAM : remboursement des frais médicaux et autres prévu par le Régime Commun d'Assurance Maladie (RCAM) des Institutions Européennes, prévu par le Statut.

Maladie : altération de la santé constatée par une autorité médicale compétente.

Nomenclature : grille de codification des actes tels que définis par le RCAM.

Plafond de garantie : montant maximum de prestation pouvant être perçu par un assuré.

Soins ambulatoires : soins prodigués au patient en dehors d'une hospitalisation.

Statut : Statut des fonctionnaires et autres agents de l'Union européenne.

Ticket modérateur : fraction de dépenses de frais de soins de santé laissée à la charge de l'assuré après l'intervention du RCAM.

ARTICLE 3 : ASSURABILITÉ

Sont assurables les personnes physiques :

- ▶ affiliées auprès du Régime Commun d'Assurance Maladie (RCAM) des Institutions Européennes, c'est-à-dire les fonctionnaires, agents temporaires, agents contractuels et pensionnés ou bénéficiaires d'une indemnité de cessation de fonction et dans certains cas, les membres des Institutions – et les personnes assurées de leur chef, dans les conditions et les limites fixées par la réglementation commune relative à la couverture des risques de maladie des fonctionnaires des Communautés Européennes (articles 2 à 18) et par le Titre I des Dispositions générales d'exécution du RCAM, et

- ▶ qui sont membres de l'association « La Prévoyance Européenne », et

- ▶ répondant au critère d'âge à l'adhésion déterminé par la formule de garantie choisie.

La formule doit être identique pour tous les bénéficiaires d'un même contrat.

L'âge est déterminé par la différence de millésimes entre l'année de naissance et l'année de prise d'effet de l'adhésion.

L'adhésion entraîne obligatoirement la couverture de toute la famille de l'adhérent, moyennant paiement des primes correspondantes, sauf exception justifiée.

ARTICLE 4 : PARTICIPATION DES ADHÉRENTS AUX DÉCISIONS PRISES PAR L'ASSUREUR

Les adhérents qui signent la demande d'adhésion acquièrent la qualité de membre participant de Mutuelle Bleue, conformément à l'article L. 221-2-III du Code de la mutualité français. Ils reçoivent à ce titre un exemplaire des statuts de la Mutuelle, et sont représentés à l'Assemblée générale de Mutuelle Bleue, dans les conditions de l'article L.

114-6 du Code de la mutualité français, et selon les dispositions statutaires de Mutuelle Bleue.

II. EFFET, DURÉE, RÉSILIATION DE L'ADHESION

ARTICLE 5 : EFFET, DURÉE DE L'ADHESION

L'adhésion prend effet à la date figurant au certificat d'adhésion établi par SANTALIA SPRL, et au plus tôt le premier jour du mois qui suit la date d'enregistrement de la demande d'adhésion par SANTALIA SPRL, pour une première période de douze mois, sous réserve du paiement de la première prime. Elle se renouvelle ensuite annuellement par tacite reconduction à chaque échéance anniversaire, sauf en cas de résiliation.

ARTICLE 6 : RÉSILIATION DE L'ADHESION

L'adhésion cesse :

- ▶ en cas de résiliation par l'adhérent par lettre recommandée avec accusé de réception adressée à SANTALIA SPRL au moins deux (2) mois avant l'échéance annuelle ;

- ▶ en cas de résiliation par l'adhérent dans le délai d'un mois suivant la notification d'une modification de la présente notice d'information et/ou des tarifs. Cette faculté de résiliation n'existe pas lorsque la modification des tarifs ou des conditions d'assurance résulte soit :

- ▶ d'une modification des bases de remboursement ou des taux de remboursement du RCAM entraînant une augmentation du montant du reste à charge, ainsi qu'en cas de changement de nomenclature des actes et des produits médicaux,
- ▶ du changement d'âge,
- ▶ de l'augmentation de l'indice du coût des soins de santé ;

- ▶ à la fin de la période annuelle d'assurance au cours de laquelle l'adhérent perd sa qualité de membre de l'association « La Prévoyance Européenne »,

- ▶ en cas de résiliation par l'Assureur en cas de fraude, de tentative de fraude, d'omission ou inexactitude intentionnelle de la part de l'assuré,

- ▶ en cas de résiliation par l'Assureur en cas de non-paiement des primes,

- ▶ en cas de suppression de l'assujettissement de l'adhérent au RCAM ou perte du bénéfice de celui-ci.

L'Assureur ne peut résilier l'adhésion pour sinistre.

ARTICLE 7 : EFFET DE LA RÉSILIATION DE L'ADHESION

À la date d'effet de la résiliation de l'adhésion, la garantie cesse pour l'adhérent et les membres de sa famille éventuellement couverts par la garantie.

Les demandes de prestations consécutives à une maladie ou à un accident dont la date des actes, soins et prescriptions est postérieure à la date d'effet de la résiliation de l'adhésion ne sont pas prises en charge par l'Assureur.

III. GARANTIES DU CONTRAT D'ASSURANCE

ARTICLE 8 : DÉFINITION ET ÉTENDUE DES GARANTIES

Selon les modalités indiquées au tableau de garanties, le Contrat d'assurance a pour objet de rembourser les frais médicaux, hospitaliers, chirurgicaux, pharmaceutiques, dentaires, les actes de biologie et de radiologie, d'optique, de prothèses et d'appareillages restant à la charge de l'adhérent après intervention du RCAM et de tout autre régime complémentaire et, le cas échéant, après déduction :

- ▶ des remboursements de frais perçus ou auxquels l'assuré peut prétendre au titre d'une autre assurance maladie, légale ou réglementaire (voir l'article 72.4 du Statut) et/ou
- ▶ des remboursements obtenus au titre de la part complémentaire mise à charge du RCAM, conformément à l'article 72.3 du Statut.

Les taux de remboursement et les bases de remboursement du RCAM pris en considération sont ceux applicables à la date de dispense des actes, d'exécution des soins et de prescription.

En cas de modification des montants de l'intervention du RCAM, les remboursements à la charge de l'Assureur seront adaptés en conséquence.

Certaines prestations sont assorties d'un délai de stage et/ou peuvent comporter un plafond de garantie.

Les prothèses prises en charge sont les prothèses auditives, prothèses capillaires ou mammaires, prothèses orthopédiques. Sont également pris en charge les fauteuils roulants.

ARTICLE 9 : OUVERTURE DU DROIT AUX PRESTATIONS, DÉLAIS DE STAGE

9.1. Le droit à prestation est ouvert dès la date de prise d'effet de l'adhésion pour les soins de santé liés aux accidents survenus après cette date. Pour les autres soins de santé, le droit à prestation est ouvert après l'expiration des délais de stage suivants :

Délais de stage en	SANTALIA EUCARE+	SANTALIA EUCARE HOSPI	SANTALIA EUCARE HOSPI+
DENTAIRE	6 MOIS		
HOSPITALISATION (sauf en cas d'accident) ET ACCOUCHEMENT		3 MOIS	

9.2. Au regard des délais de stage, le nouveau-né bénéficie de la situation de ses parents, pour autant que son adhésion soit demandée dans les deux (2) mois qui suivent sa naissance.

9.3. Garanties antérieures : Sur justificatifs, les délais de stage sont abrogés à hauteur des garanties antérieures dont l'assuré a bénéficié sans interruption de plus de trois (3) mois avant la prise d'effet de son adhésion.

ARTICLE 10 : CHANGEMENT DE FORMULE

L'adhérent peut solliciter un changement de formule parmi les formules de prestations en vigueur au moment de la demande. Sauf cas de force majeure (chômage, divorce, décès de l'assuré), le changement de formule s'effectue à l'échéance anniversaire et doit concerner l'ensemble des membres de la famille assurés. L'accès à une formule supérieure

entraîne l'application des limites d'âges et des délais de stage correspondants.

ARTICLE 11 : LIMITATION AUX FRAIS RÉELS

Les remboursements ou les indemnités des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge de l'assuré, après les remboursements de toutes natures auxquels il a droit et avant la prise en charge instaurée par l'article L. 861-3 du Code de la Sécurité sociale.

Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit sa date de souscription. Dans cette limite, le bénéficiaire du contrat ou de la convention peut obtenir l'indemnité en s'adressant à l'organisme de son choix.

ARTICLE 12 : EXCLUSIONS

Sont exclus :

- ▶ les événements, conséquences et suites de guerres civiles ou étrangères ou des faits de même nature,
- ▶ les conséquences de maladie ou d'accident qui sont le fait volontaire de l'assuré, de mutilations volontaires,
- ▶ les frais relatifs aux séjours en établissement spécialisé,
- ▶ les dépenses non prescrites ou sans nécessité médicale,
- ▶ les frais d'accompagnement.

Sauf dispositions particulières indiquées dans les tableaux de garanties, sont exclus :

- ▶ les actes ou prescriptions ne figurant pas aux nomenclatures des actes et prescriptions du RCAM,
- ▶ les actes ou prescriptions figurant aux nomenclatures des actes et prescriptions du RCAM, mais ne faisant pas l'objet d'une prise en charge par celui-ci.

ARTICLE 13 : LIQUIDATION DES PRESTATIONS

Le versement des prestations est effectué sur présentation des décomptes délivrés par le Bureau liquidateur du RCAM et, le cas échéant, des pièces originales justificatives demandées par l'Assureur ou SANTALIA SPRL.

L'adhérent s'engage à communiquer tout document demandé par l'Assureur ou SANTALIA SPRL et notamment les décomptes de prestations de tout autre organisme participant à la prise en charge des prestations, ainsi que les factures des praticiens.

ARTICLE 14 : PAIEMENT DES PRESTATIONS

Les prestations sont versées par SANTALIA SPRL, intervenant pour le compte de l'Assureur, à l'adhérent par virement sur un compte bancaire.

IV. PRIMES

ARTICLE 15 : DÉTERMINATION DES PRIMES

La prime est calculée selon la formule de garantie souscrite, l'âge et le nombre de bénéficiaires inscrits au contrat.

ARTICLE 16 : PAIEMENT DES PRIMES

16.1. Le montant de la prime est annuel. Elle est payable d'avance selon un fractionnement mensuel, trimestriel, semestriel ou annuel, par domiciliation sur un compte bancaire, auprès de SANTALIA SPRL. Le fractionnement mensuel et trimestriel n'est pas d'application pour les formules de garantie « SANTALIA EUCARE HOSPI » et « SANTALIA EUCARE HOSPI+ ». Elle est également payable par virement, et dans ce cas uniquement, selon un fractionnement annuel.

16.2. En cas de défaut de paiement de la prime dans les dix (10) jours qui suivent la date d'échéance, SANTALIA SPRL adresse à l'adhérent, pour le compte de l'Assureur, une mise en demeure par courrier recommandé avec accusé de réception l'informant que le défaut de paiement est susceptible d'entraîner son exclusion des garanties du contrat.

L'exclusion de l'adhérent peut intervenir à défaut de paiement dans les quarante (40) jours suivant cette mise en demeure.

En cas d'exclusion, les primes antérieurement versées demeurent intégralement acquises à l'Assureur.

ARTICLE 17 : MODIFICATION DES PRIMES

17.1. En conformité avec la réglementation en vigueur, l'Assureur peut modifier le montant des primes, notamment en fonction des résultats techniques du Contrat d'assurance et/ou de l'évolution prévisionnelle des dépenses de santé.

L'Assureur peut décider de la modification, de la création ou de la suppression d'une prestation, ainsi que de l'adaptation du montant ou du taux de prime, en cas de modification des bases de remboursement ou des taux de remboursement du RCAM, entraînant une augmentation du montant du ticket modérateur, ainsi qu'en cas de changement de nomenclature des actes et des produits médicaux.

17.2. Outre les cas figurant à l'article 17.1, les primes peuvent évoluer à chaque échéance anniversaire de l'adhésion en fonction de l'âge atteint et des grilles tarifaires remises à l'adhésion qui font partie intégrante des conditions d'adhésion. L'âge atteint est calculé par différence de millésime entre l'année de naissance et l'exercice civil en cours.

V. DÉCLARATIONS ET ENGAGEMENTS DE L'ADHÉRENT

ARTICLE 18 : OBLIGATIONS DE L'ADHÉRENT

L'adhérent s'engage :

- ▶ à informer SANTALIA SPRL, intervenant pour le compte de l'Assureur, de toute modification susceptible d'entraîner une modification de la prime et/ou de la garantie (et notamment, en ce qui concerne l'un ou l'autre des bénéficiaires : modification des garanties souscrites auprès du RCAM ou d'un autre assureur ou encore modification du lieu de domicile),
- ▶ à déclarer le sinistre à SANTALIA SPRL, intervenant pour le compte de l'Assureur, dans un délai de six (6) mois à compter de la date du remboursement par le RCAM, en produisant les pièces justificatives des dépenses,

- ▶ à régler à SANTALIA SPRL, intervenant pour le compte de l'Assureur, les primes dues selon la périodicité et les modalités fixées au Contrat,
- ▶ à aviser SANTALIA SPRL, intervenant pour le compte de l'Assureur, de la date à laquelle les conditions d'assurabilité (prévues à l'article 3) préalables au maintien de l'adhésion ne sont plus réunies (en dehors des conditions d'âge),
- ▶ à déclarer exactement, lors de l'adhésion, toutes les circonstances connues de lui et qu'il doit raisonnablement considérer comme constituant pour l'Assureur des éléments d'appréciation du risque. Toutefois, l'adhérent ne doit pas déclarer à l'Assureur les circonstances déjà connues de celui-ci ou que ce dernier devrait raisonnablement connaître,
- ▶ à fournir à SANTALIA SPRL, intervenant pour le compte de l'Assureur, dans les meilleurs délais, tous les renseignements utiles et répondre aux demandes qui lui sont faites pour permettre le traitement des demandes de remboursement.

ARTICLE 19 : SUBROGATION

Conformément à l'article L. 224-9 du Code de la Mutualité, l'Assureur est subrogé, à concurrence des prestations versées par lui, dans les droits et actions de l'adhérent envers les tiers responsables de dommages causés à lui-même ou aux membres de sa famille.

À cet effet, les assurés devront informer SANTALIA SPRL, intervenant pour le compte de l'Assureur, de toute demande de remboursement faisant suite à un accident mettant en cause un tiers afin de lui permettre d'exercer son recours contre le tiers responsable ou son assureur.

ARTICLE 20 : PLURALITÉ D'ASSURANCES

Si un même intérêt est assuré contre le même risque auprès de plusieurs assureurs, l'assuré peut, en cas de sinistre, demander l'indemnisation à chaque assureur, dans les limites des obligations de chacun d'eux et des frais réellement payés.

VI. CONTRÔLE ET PRESCRIPTION

ARTICLE 21 : CONTRÔLE

L'Assureur, ou SANTALIA SPRL, peut procéder à tout contrôle permettant de vérifier l'exactitude des renseignements produits par les assurés. Les décisions prises à l'issue des contrôles sont portées à la connaissance des intéressés par lettre explicative.

ARTICLE 22 : FAUSSE DÉCLARATION INTENTIONNELLE OU NON DE L'ADHÉRENT

22.1. Réticence ou fausse déclaration intentionnelle de l'adhérent

Indépendamment des causes ordinaires de nullité, la garantie accordée à l'adhérent est nulle en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle

de la part de celui-ci, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour l'Assureur ou SANTALIA SPRL alors même que le risque omis ou dénaturé par l'adhérent a été sans influence sur la réalisation du risque.

Les cotisations acquittées demeurent alors acquises à l'Assureur qui a droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts.

22.2. Omission ou déclaration inexacte non intentionnelle de l'adhérent

L'omission ou la déclaration inexacte de la part de l'adhérent dont la mauvaise foi n'est pas établie n'entraîne pas la nullité de la garantie.

Si elle est constatée avant toute réalisation du risque, l'Assureur a le droit de maintenir l'adhésion moyennant une augmentation de cotisation acceptée par l'adhérent ; à défaut d'accord de celui-ci, l'adhésion prend fin dix jours après notification adressée à l'adhérent par lettre recommandée. SANTALIA SPRL, intervenant pour le compte de l'Assureur, restitue à celui-ci la portion de cotisation payée pour le temps où la garantie ne court plus.

Dans le cas où la constatation n'a lieu qu'après la réalisation du risque, la prestation est réduite en proportion du taux des cotisations payées par l'adhérent par rapport au taux des cotisations qui auraient été dues, si les risques avaient été complètement et exactement déclarés.

ARTICLE 23 : PRESCRIPTION

Conformément à l'article L. 221-11 du Code de la mutualité, toutes actions dérivant de la présente adhésion sont prescrites par deux (2) ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

La prescription peut être interrompue par une des causes ordinaires d'interruption (à savoir notamment la demande en justice et la reconnaissance des droits de l'assuré par l'Assureur) et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque.

L'interruption de la prescription peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par SANTALIA SPRL, agissant pour le compte de l'Assureur, à l'adhérent, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par l'adhérent ou le bénéficiaire à SANTALIA SPRL en ce qui concerne le règlement de la prestation.

VII. DISPOSITIONS DIVERSES

ARTICLE 24 : AUTORITÉ CHARGÉE DU CONTRÔLE

Mutuelle Bleue est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), située 61 rue Taitbout – 75009 Paris – France.

SANTALIA SPRL est soumise au contrôle administratif de la Financial Services & Markets Authority (FSMA) Rue du Congrès 12-14 à 1000 Bruxelles – Belgique. Pour votre information, le registre des intermédiaires d'assurances est tenu à jour par la FSMA, à 1000

Bruxelles, rue du Congrès 12-14, et peut être consulté sur www.fsma.be.

ARTICLE 25 : RÉCLAMATIONS, MÉDIATION

Pour toute réclamation concernant le présent contrat, vous pouvez vous adresser en priorité à SANTALIA SPRL.

SANTALIA SPRL s'engage à accuser réception de la réclamation dans un délai de dix (10) jours ouvrables à compter de la réception de la réclamation, et à y répondre dans un délai de deux (2) mois à compter de la date de réception de la réclamation.

Si un désaccord subsiste, l'adhérent aura la faculté de faire appel à un médiateur dont les coordonnées lui seront communiquées par SANTALIA SPRL et ceci sans préjudice des autres voies d'actions légales.

ARTICLE 26 : INFORMATIQUE ET LIBERTÉS

Les données à caractère personnel recueillies au titre des demandes d'adhésion sont exclusivement utilisées dans le cadre des activités de SANTALIA SPRL, de l'Assureur et de ses partenaires.

Elles sont régies par la Loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, modifiée par la Loi n° 2004-801 du 6 août 2004.

L'adhérent ainsi que ses bénéficiaires peuvent demander communication ou rectification de toute information les concernant en s'adressant à SANTALIA SPRL – B.P. 10 – 7500 TOURNAI ST MARTIN – Belgique.

Ils peuvent également, pour des motifs légitimes, s'opposer au traitement des données les concernant.

ARTICLE 27 : LUTTE CONTRE LE BLANCHIMENT DE CAPITAUX ET LE FINANCEMENT DU TERRORISME

L'Assureur et SANTALIA SPRL s'engagent à respecter l'ensemble des obligations légales et réglementaires relatives à la lutte contre le blanchiment de capitaux. À ce titre, ils sont tenus de déclarer auprès de l'autorité compétente les sommes inscrites dans leurs livres ou les opérations portant sur des sommes dont ils savent, soupçonnent ou ont de bonnes raisons de soupçonner qu'elles proviennent d'une infraction passible d'une peine privative de liberté supérieure à un an ou participent au financement du terrorisme.

ARTICLE 28 : TERRITORIALITÉ

La garantie est acquise dès lors qu'il y a prise en charge des frais médicaux de l'assuré par le RCAM.

ARTICLE 29 : LITIGES

La loi applicable au présent contrat est la loi française. Tout litige né à l'occasion de l'exécution du présent contrat et qui n'aura pas été réglé par accord amiable devra être soumis aux tribunaux compétents.