



Dispositions Générales

Les présentes Dispositions Générales sont enregistrées sous la référence **10 008 215**.

Sommaire

Titre I – Objet du Contrat

Titre II – Adhésion

Article 2.1 : Conditions d'adhésion

Article 2.2 : Effet des garanties

Article 2.3 : Cessation des garanties

TITRE III - Autres dispositions

Article 3.1 : Révision

Article 3.2 : Territorialité

Article 3.3 : Prescription

Article 3.4 : Recours

Article 3.5 : Médiation et réclamations

Article 3.6 : Renonciation

Titre IV – Les garanties et prestations

Article 4.1 : Bénéficiaires des garanties

Article 4.2 : Choix de la formule de garantie - Prestations

Article 4.3 : Demandes de remboursement

Titre V – Risques exclus

Titre VI – Les cotisations

Article 6.1 : Cotisations

Article 6.2 : Paiement des cotisations

Article 6.3 : Non paiement des cotisations

Annexe 1 – Assurance frais d'obsèques

Annexe 2 – Capital décès

TITRE I - OBJET DU CONTRAT

Le contrat est régi par le Code des assurances, notamment par les dispositions du Titre IV du Livre I dudit Code relatif aux Assurances de Groupe.

Il a pour objet de proposer des garanties « frais de santé » aux salariés frontaliers relevant du Régime Local et du Régime Général de la Sécurité Sociale et exerçant leur activité au Luxembourg ainsi qu'à leurs éventuels ayants droits.

En aucun cas le présent contrat ne fera obstacle à l'adhésion des personnes susvisées à un autre contrat conforme aux dispositions de l'article 4 de la loi « Evin » prévu dans le contrat d'origine.

Deux formules de garanties accordant des niveaux différents de prestations sont proposées à l'intéressé qui, lors de sa souscription, opte pour une formule de garantie indiquée aux dispositions particulières.

Le contrat est constitué des présentes Dispositions Générales définissant les obligations réciproques des parties, et des Dispositions Particulières précisant les garanties effectivement souscrites par l'Assuré ainsi que le montant des prestations et des cotisations.

TITRE II - ADHESION

Article 2-1 Conditions d'adhésion

Affiliation

Les membres de la catégorie de personnel assurable défini au titre I du présent contrat et souhaitant être affiliés à ce contrat doivent remplir et signer une Demande Individuelle d'Affiliation à l'occasion de laquelle ils optent pour l'un des régimes facultatifs de garanties proposés au contrat. Ils prennent alors la qualité d'assuré.

L'Assureur se réserve la possibilité de subordonner son acceptation à la production de toute information complémentaire qu'il juge nécessaire.

Entrée en vigueur des garanties

Pour chaque assuré, l'affiliation prend effet à la date indiquée dans la Demande Individuelle d'Affiliation sous réserve que celle-ci parvienne à l'assureur dans les trente jours qui suivent ladite date. Celle-ci ne peut pas être antérieure à la date d'effet du contrat.

Les assurés justifiant se trouver dans la situations énoncées en objet doivent, pour être couverts :

- remplir la demande individuelle d'adhésion fournie par l'Assureur pour leur permettre de préciser les garanties retenues et l'identité des membres de la famille à affilier à la garantie **Santé**,
- régler les cotisations dues jusqu'à la première échéance de prélèvement automatique.

Durée et renouvellement de l'affiliation

Sous réserve du paiement des cotisations, l'affiliation est effectuée pour une période se terminant le 31 décembre de l'année au cours de laquelle elle a pris effet.

L'affiliation se renouvelle par tacite reconduction le 1^{er} janvier de chaque année pour une durée de un an sauf dénonciation de celle-ci par l'Assuré au moyen d'une lettre recommandée envoyée au plus tard deux mois avant la date de renouvellement.

Article 2.2 Effet des garanties

Les garanties sont effectives pour chaque personne remplissant les conditions d'adhésion :

- le 1^{er} jour du mois indiqué sur la Demande Individuelle d’Affiliation, si celle-ci parvient à l’Assureur dans les 30 jours qui suivent cette date ;
- le 1^{er} jour du mois de la date de réception de sa demande individuelle si elle se situe au-delà du délai précité.

Article 2.3 Cessation des garanties

L'Assuré peut demander sa radiation de l'assurance, et par conséquent celle des membres de sa famille, au 31 décembre de chaque année avec un préavis de 2 mois au moyen d'une lettre recommandée, à effet au plus tôt, du 31 décembre de l'exercice.

La radiation d'un ou des membres de sa famille est possible à tout moment, en cas de modification de la situation de famille, sous réserve d'en faire la demande dans le mois suivant l'événement. La radiation prendra effet le 1^{er} jour du mois civil qui suit la réception de la demande.

La radiation de l'Assuré entraîne simultanément, tant pour l'Assuré que pour les membres de sa famille s'ils étaient garantis, la suppression du droit aux prestations pour tous les actes et soins intervenus à compter de la date de cessation même s'ils ont débuté ou été prescrits avant ladite date.

Toutefois, en cas d'hospitalisation ayant débuté avant cette date et se poursuivant sans discontinuité après celle-ci, le remboursement des frais liés à cette hospitalisation est prolongé, au plus tard, jusqu'au 60^{ème} jour consécutif d'hospitalisation à compter de la date de cessation des garanties.

Par ailleurs, à défaut de paiement des cotisations à l'Assureur aux échéances convenues, toutes les garanties sont suspendues trente jours après l'envoi par celui-ci, d'une lettre recommandée constituant la mise en demeure prévue à l'article L.113-3 du Code des assurances.

Dix jours après l'expiration de ce délai de trente jours, si les cotisations n'ont toujours pas été payées, l'adhésion de tous les membres de la famille concernée est résiliée de plein droit.

TITRE III - AUTRES DISPOSITIONS

3.1 Révision

Les conditions du présent Contrat tiennent compte des dispositions législatives et réglementaires, notamment du Code de la Sécurité sociale en vigueur à la date d'effet de celui-ci.

Si ces dernières venaient à être modifiées en cours du Contrat, celui-ci continuerait de s'appliquer compte tenu des dispositions précitées en vigueur avant l'effet de ces modifications.

Toutefois, l'Assureur se réserve la possibilité de procéder à une révision du Contrat, au plus tôt, à compter de la date d'effet des nouvelles dispositions de la Sécurité sociale.

Les Assurés, conservent néanmoins la possibilité de demander dans les trente jours suivant la notification de l'Assureur la résiliation du contrat sans délai de préavis.

La résiliation prendra alors effet le premier jour du mois civil suivant la demande de l'Assuré ou à compter de la date de modification proposée si elle est postérieure.

Dans ce dernier cas, les conditions de garanties et de cotisations sont maintenues jusqu'à la date de résiliation sur les bases en vigueur avant lesdites modifications.

3.2 Territorialité

Sauf stipulation contraire mentionnée aux Dispositions Particulières, les garanties sont acquises :

- aux Assurés relevant du régime général ou du régime Local de la Sécurité sociale ayant exercé leur activité en France ou dans l'un des pays de l'Espace Économique Européen,
- aux Assurés ayant été détachés pour mission hors des États composant l'Espace Économique Européen.

Lorsque l'accident ou la maladie est survenu hors de France métropolitaine, le versement des prestations s'effectue après le retour de l'Assuré en France métropolitaine. Pour le calcul des prestations, l'Assureur prend en compte le taux de change moyen dans le trimestre civil qui précède la date des soins.

3.3 Prescription

Conformément à l'article L 114-1 du Code des assurances, toutes actions dérivant du Contrat et d'adhésions au contrat sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

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

3.4 Recours

Conformément au Code des assurances le bénéficiaire des prestations autorise l'Assureur à se substituer à l'Assuré ou à la victime aux fins d'action contre le ou les responsables.

3.5 Médiation et réclamations

Lorsque des Assurés souhaitent obtenir des précisions, leur interlocuteur habituel **AGF** est en mesure d'étudier au fond toutes leurs demandes et réclamations.

Si, au terme de cet examen, un différend subsiste, l'assuré peut adresser leur réclamation à :

AGF Collectives – Service Relations Clientèle –
Tour Neptune – 20 place de Seine – 92086 La Défense Cedex.

Enfin, en cas de désaccord définitif avec l'Assureur relatif à une garantie, l'Assuré aura la faculté de faire appel au médiateur, dont l'Assureur lui fournira sur simple demande, les coordonnées, et ceci sans préjudice des autres voies d'actions légales.

3.6 Renonciation

Toute personne dispose d'un délai de renonciation de trente jours à compter du **premier versement** de cotisation pour annuler son adhésion au présent contrat par lettre recommandée, sous réserve du remboursement par l'assuré des prestations éventuellement déjà versées.

Dans les trente jours suivant la date de réception de cette lettre, les sommes versées sont intégralement remboursées.

TITRE IV – LES GARANTIES ET PRESTATIONS SANTE

Article 4.1 Bénéficiaires des garanties

La catégorie de bénéficiaires indiquée au Titre I des présentes Dispositions Générales peut être :

- Les Assurés seuls ;
- Les Assurés et les membres de leur famille désignés ci-après et bénéficiant du régime général ou du régime local de la Sécurité sociale (dénommés bénéficiaires) :
 - le conjoint (ou le partenaire lié par un Pacte Civil de Solidarité « PACS », à défaut de conjoint ou le concubin déclaré, à défaut de conjoint et de partenaire lié par un PACS).
 - les enfants ayant droit aux prestations du régime général ou du régime local du fait de l'immatriculation de l'Assuré ou de son conjoint ou de son partenaire lié par un Pacte Civil de Solidarité ou de son concubin, visés à l'article L 313-3 du Code de la Sécurité sociale, ou lorsqu'ils n'ont plus ce droit du fait de leur âge et jusqu'à la fin du trimestre civil de leur 26^e anniversaire :
 - s'ils sont affiliés à la Sécurité sociale des Étudiants ;
 - s'ils sont titulaires de la carte d'invalidité prévue à l'article L 241-3 du Code de l'action sociale et des familles attribuée postérieurement à l'affiliation de l'Assuré.

On entend par Concubin ou Partenaire lié par un PACS, la personne vivant avec l'Assuré et remplissant les deux conditions cumulatives suivantes :

- qu'ils soient tous deux libres de tout lien matrimonial,
- que le concubinage ou le PACS ait été déclaré par l'Assuré lors de son affiliation, ou dans les six mois suivant l'organisation de la vie commune si celle-ci est postérieure à la date de l'affiliation de l'Assuré, avec production d'un certificat de vie commune délivré par la mairie ou d'une copie du PACS délivré par le Tribunal de Grande Instance ou de tout autre document attestant de cette situation si celle-ci est régie par des dispositions légales ou réglementaires en vigueur,

La garantie cesse pour les bénéficiaires de l'Assuré à partir du moment où ils ne remplissent plus les conditions prévues ci dessus et en tout état de cause à la même date que l'Assuré.

Article 4.2 Choix de la formule de garantie - Prestations

Nature

Les Dispositions Particulières fixent les garanties des régimes facultatifs proposés aux assurés, ainsi que leurs montants et limitations. Les prestations garanties sont complémentaires aux prestations en nature des assurances Maladie de la Sécurité sociale.

Sauf dispositions contraires figurant aux Dispositions Particulières :

- ***l'attribution des prestations est subordonnée à la prise en charge et à la déclaration à la Sécurité sociale des frais engagés par l'Assuré,***
- ***les actes hors de la nomenclature de la Sécurité sociale ne sont pas pris en charge par le présent Contrat.***

Montant des prestations

Une nouvelle Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) sera progressivement mise en place par la Sécurité sociale . Par conséquent, les références (Tarif de Convention, Remboursement de la Sécurité sociale) à partir desquelles les prestations ci après sont calculées vont disparaître au fur et à mesure de la mise en place de celle ci, pour être remplacées par de nouvelles références (Base de Remboursement et Montant Remboursé par la Sécurité sociale) qui seront indiquées sur les décomptes des Assurés sociaux.

Conformément à la loi du 13 août 2004, la participation forfaitaire prévue au paragraphe II de l'article L 322-2 du Code de la Sécurité sociale, dont le montant est fixé par décret, n'est pas couverte au titre du contrat.

De plus, les garanties décrites ci-après répondent au dispositif des contrats dits « responsables » ou « aidés » prévu par l'article L.871-1 du Code de la sécurité sociale et de ses décrets d'application, afin que le contrat puisse bénéficier des avantages fiscaux et sociaux.

Ce dispositif interdit, notamment, en cas de non respect du parcours de soins tel que défini par la loi, la prise en charge totale ou partielle des dépassements d'honoraires autorisés et de la majoration de participation du patient.

Pour chacun des postes de frais, le montant des prestations est déterminé selon les modalités prévues par les Dispositions Particulières, compte tenu des versements de la Sécurité sociale et de tout autre organisme.

Deux formules de garanties sont proposées :

- d'une part, une formule comprenant des garanties « de base » : FRONTALIERS BASE
- d'autre part, une formule comprenant des garanties « améliorées » : FRONTALIERS PLUS

La formule retenue s'applique à l'ensemble des membres assurés d'une même famille.

Les remboursements sont effectués au titre des actes qui ont donné lieu effectivement aux prestations en nature des assurances maladie ou maternité de la Sécurité sociale, sauf dispositions contraires expressément prévues dans la description des prestations.

Ne sont pas pris en charge :

- **les cures de rajeunissement et les traitements esthétiques,**
- **l'hébergement et les soins effectués dans le cadre des unités ou services dits de long séjour ou de traitements neuro psychiatriques ou de maladies mentales, en établissement public ou privé.**

Choix de la formule de garanties

Le changement de la formule de garanties sera possible

1. à tout moment, en cas de modification de la situation de famille sous réserve d'en faire la demande dans le mois suivant l'événement et ce sur présentation d'un justificatif. Le changement de formule de garanties prendra effet le 1^{er} jour du mois civil qui suit la réception de la demande ;
2. à chaque 1^{er} janvier sous réserve que la demande parvienne à l'Assureur avant cette date et que l'Assuré ait été affilié à la même formule de garanties pendant 12 mois consécutifs.

Le changement de niveau peut se faire à la hausse ou à la baisse , mais tout changement de formule de garanties à la baisse rend définitivement impossible un changement postérieur de niveau à la hausse quelles que soient les circonstances.

Cas particuliers

- Pour tout séjour dans un des établissements suivants, la garantie est limitée, quelle que soit la formule adoptée, à la prise en charge du ticket modérateur pendant une durée maximum de trente jours : aérium, préventorium, maisons de cure, de repos, de convalescence, maisons d'enfants à caractère sanitaire, maisons de rééducation fonctionnelle des poliomyélitiques, des grands amputés et des paralytiques, ainsi que, par dérogation à l'article « Garantie Santé Choix de la formule de garantie – Prestations » du présent contrat, s'il s'agit de traitements neuro psychiatriques d'une durée inférieure à un mois. Cette durée maximum n'est toutefois pas appliquée pour tout ce qui concerne la rééducation fonctionnelle.
- En cas de frais engagés à l'étranger, le montant du remboursement des frais liés à une hospitalisation est limité à 200% du remboursement de la Sécurité sociale.

Limitation aux frais réels

Conformément à l'article 9 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 et du décret n° 90-769 du 30 août 1990 :
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 charge de l'Assuré après les remboursements de toutes natures auxquels il a droit.

Article 4.3 Demandes de remboursement

Pour obtenir un remboursement, l'intéressé doit adresser à l'Assureur, avant le 31 mars de l'exercice suivant celui du paiement de la Sécurité sociale :

- les décomptes originaux de remboursement de la Sécurité sociale sauf en cas de télétransmission,
- les factures originales justifiant les frais réels engagés lorsqu'ils servent de base au calcul du remboursement complémentaire étant entendu qu'en l'absence de justificatif, ces frais seront pris égaux au tarif de convention ou de responsabilité de la Sécurité Sociale.
- les factures détaillées pour les consultations d'ostéopathe, diététicien, pédicure, chiropracteur, vaccin contre la grippe et en dentaire quand les actes sont hors nomenclature (implantologie et parodontologie).

Lorsque les garanties souscrites comportent une indemnité de natalité, l'Assuré doit fournir, dans les six mois au plus tard de la naissance, sous peine de perte de son droit, une fiche d'état civil comportant l'indication de la naissance de l'enfant. L'Assuré doit fournir toute autre pièce justificative et se prêter à tout examen demandé par l'Assureur.

TITRE V - EXCLUSIONS

Les frais engagés ne sont pas pris en charge par l'Assureur s'ils résultent des faits suivants :

- . pour les risques survenant en France (y compris les DOM-TOM) : les conséquences d'une guerre civile ou non, d'une insurrection, d'une émeute ou d'un mouvement populaire,
- . pour les risques survenant hors de France : les conséquences de la participation active de l'Assuré à une guerre civile ou non, une insurrection, une émeute ou un mouvement populaire."
- . le suicide de l'Assuré, avant une année continue d'affiliation,
- . les conséquences de maladie ou d'accident qui sont le fait volontaire de la personne garantie, de mutilations volontaires ou d'une tentative de suicide.
- . les conséquences d'un attentat, ou d'une tentative d'attentat, sauf si la personne garantie n'y prend pas une part active.

L'Assureur se réserve la possibilité de modifier une garantie sur un ou des territoires déterminés, moyennant un préavis de quinze jours à l'assuré.

TITRE VI - LES COTISATIONS

Article 6.1 Cotisations

Montant

Le montant des cotisations est mentionné aux Dispositions Particulières.

Il est calculé, sauf cas particulier, en appliquant le ou les taux fixés aux Dispositions particulières au plafond de la Sécurité sociale en vigueur pendant la période au titre de laquelle les cotisations sont dues.

Le tarif du contrat **Santé** dépend des garanties retenues, ainsi que de la composition familiale. Il est remis aux Assurés avec l'imprimé de demande individuelle d'adhésion.

Les taux de cotisations de la garantie **Santé** sont indexés chaque année en fonction de l'évolution de la consommation médicale.

Indexation

Les cotisations sont indexées automatiquement à effet de chaque 1er janvier, en fonction de l'évolution annuelle de la consommation de soins et biens médicaux à la charge des ménages et des organismes d'assurances complémentaires (montant en euros des soins et biens médicaux figurant dans les Comptes nationaux de la Santé sous les rubriques « débours des ménages », « Mutuelles et Assurances privées »).

Ce coefficient d'indexation du montant des cotisations, calculé chaque année à cet effet, tient compte de l'augmentation induite par la variation de la valeur du plafond annuel de la Sécurité sociale.

Révision en cas de modification des dispositions législatives et réglementaires de la Sécurité sociale

Conformément aux dispositions de l'article 3.1, les cotisations pourront être révisées selon les modalités fixées à l'article précité.

Révision en fonction des résultats techniques

Les cotisations pourront être revues lors de chaque renouvellement annuel en fonction des résultats techniques des contrats de même nature.

En cas de désaccord, l'assuré pourra demander la résiliation du contrat par lettre recommandée dans un délai d'un mois à compter de la notification de révision par l'Assureur. La résiliation prendra alors effet au 31 décembre suivant la réception de la lettre recommandée par l'Assureur.

Dans le cas contraire, le montant des cotisations sera calculé automatiquement selon les nouvelles bases notifiées par l'Assureur.

Article 6.2 Paiement des cotisations

Les cotisations sont payables mensuellement d'avance et ce conformément aux modalités fixées aux Dispositions particulières.

Elles sont payées directement par l'Assuré qui est seul responsable de leur versement.

Article 6.3 Non paiement des cotisations

À défaut du paiement des cotisations (ou d'une fraction de sa cotisation) dans les 10 jours qui suivent leur échéance, les garanties sont suspendues QUARANTE jours après l'envoi d'une lettre recommandée constituant la mise en demeure prévue à l'article L 141-3 du Code des assurances. Au delà de ce délai l'Assuré est exclu du contrat d'assurance en raison du non-paiement des cotisations.

*

* *

Annexe 1 – Assurance frais d’obsèques

En cas de décès d'un Assuré avant son 65^{ème} anniversaire ou, selon la catégorie de bénéficiaire prévue aux Dispositions Particulières, d'un membre de sa famille, l'Assureur verse une allocation forfaitaire en pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale, dont le montant est fixé aux Dispositions Particulières.

La catégorie de bénéficiaires est celle retenue au titre de la garantie Santé.

Cette allocation est versée dans tous les cas, dans la limite des frais exposés, à la personne physique ou morale qui a assumé les frais d'obsèques, sur remise des pièces justificatives.

En cas de décès d'un enfant âgé de moins de 12 ans, le montant versé est, en tout état de cause limité aux frais réellement exposés.

*

* *

Annexe 2 – Capital décès

En cas de décès d'un Assuré avant son 65^{ème} anniversaire, il est versé au(x) bénéficiaire(s) désigné(s), un capital dont le montant est fixé aux Dispositions Particulières.

Les capitaux garantis en cas de décès de l'Assuré sont attribués par ordre de préférence :

- au conjoint non séparé de corps de l'Assuré marié,
- à défaut, au partenaire de l'Assuré lié par un PACS,
- à défaut, aux enfants de l'Assuré nés ou à naître, par parts égales entre eux, la part du prédécédé revenant à ses propres enfants ou à ses frères et sœurs s'il n'a pas d'enfants,
- à défaut, aux père et mère, par parts égales entre eux, ou, a survivant en cas de prédécès,
- à défaut, aux héritiers.

A tout moment l'Assuré peut modifier l'ordre ci-dessus et désigner toute personne de son choix en adressant à l'Assureur une lettre recommandée. Le ou les changements de bénéficiaires doivent être portés à la connaissance de l'Assureur de manière identique.

*

* *