

Conditions générales

# COMPLEMENTAIRE SANTÉ



**An Set** TAHITI  
ASSURANCES

Vous venez de souscrire votre contrat complémentaire santé

**Vous bénéficierez ainsi :**

des prestations décrites au contrat et personnalisées en fonction de vos besoins,

de la proximité de nos interlocuteurs qui se tiennent à votre disposition pour vous apporter les conseils d'un professionnel de l'assurance.

**Votre contrat se compose :**

de présentes conditions générales qui définissent les garanties proposées et décrivent la vie et le fonctionnement de votre contrat,

des conditions particulières rédigées spécialement pour vous en fonction de vos déclarations et des garanties que vous avez choisies,

des éventuels documents annexes indiqués aux conditions particulières.

**Important :**

Votre contrat est régi par les textes du code des assurances applicables en Polynésie française, plus simplement désigné « Code » dans le contrat.

La numérotation des paragraphes des présentes conditions générales est établie comme suit :

Le numéro figurant à gauche d'un titre ou d'un début d'un paragraphe est la référence applicable jusqu'à la mention du numéro suivant.

# Plan des conditions générales

Quelques précisions...	6
Définitions	7
<b>1. LES GARANTIES</b>	<b>9</b>
1.1 Modalités de remboursement	9
1.2 Actes de prévention	9
1.3 Forfait pharmacie non remboursé par le régime obligatoire	9
1.4 Les actes d'ostéopathe, d'étiopathe, de chiropracteur, d'acupuncteur, de diététicien, de nutritionniste et de pédicure-podologue	10
1.5 L'ostéodensitométrie ou l'amniocentèse ou la fécondation in vitro	10
1.6 La psychiatrie, neuropsychiatrie et assimilées	10
1.7 L'hospitalisation	10
1.8 Le forfait prothèses dentaires et orthodontie	11
1.9 Le forfait optique	11
1.10 Le forfait prothèses auditives	11
1.11 Le forfait naissance ou adoption	11
1.12 Le forfait cure thermale	11
1.13 Les frais d'obsèques	11
<b>ÉVOLUTION DES GARANTIES</b>	<b>12</b>
<b>2. ENTREE EN VIGUEUR DES GARANTIES</b>	<b>12</b>
2.1 Délai d'attente	12
2.2 Augmentations de garantie et extensions d'assurance	12
2.3 Abrogation des délais d'attente	12
<b>Territorialité des garanties</b>	<b>12</b>
<b>Le remboursement des prestations</b>	<b>12</b>
2.4 Formalités à accomplir	12
<b>LES EXCLUSIONS</b>	<b>13</b>
2.5 Ne sont pas pris en charge les dépenses de santé qui sont la conséquence	13
2.6 Sont également exclus	13
2.7 Contrôle des prestations versées	13
2.8 Expertise	14
2.9 Subrogation	14
2.10 Conséquence de fausses déclarations	14
<b>3. LA VIE DU CONTRAT</b>	<b>14</b>
3.1 Les déclarations	14
3.2 A la souscription du contrat	14
3.3 En cours de contrat	14
3.4 Sanctions	15
<b>4. FORMATION DUREE ET RESILIATION DU CONTRAT</b>	<b>15</b>
4.1 Effet du contrat	15
4.2 Durée du contrat	15
4.3 Résiliation	15
4.3.1 Par le Souscripteur	15
4.3.2 Par l'assureur	16
4.3.3 De plein droit	16
4.4 Modalités de résiliation	16
4.5 Effet de la résiliation	16
<b>5. LES COTISATIONS</b>	<b>16</b>
5.1 Paiement des cotisations	17
5.2 Conséquence du non-paiement des cotisations	17
5.3 Cotisations et évolution	17
5.4 Révision de la cotisation	17
5.5 Cotisation pour un enfant né ou adopté en cours de contrat	17
<b>Prescription</b>	<b>17</b>
<b>Réclamation</b>	<b>18</b>
<b>Possibilité de renonciation</b>	<b>18</b>
<b>Autorité de contrôle</b>	<b>19</b>
<b>Protection des déclarations</b>	<b>19</b>

# Présentation des Formules de garanties : HOTU ITI, RAU, NUI

Ce tableau précise les garanties, les montants et les limites de la formule souscrite par l'assuré et indiquée aux conditions particulières.

Les garanties sont accordées par personne assurée.

NATURE DES PRESTATIONS	HOTU ITI	HOTU RAU	HOTU NUI
<i>Médecine de ville</i>			
• Honoraires médicaux, auxiliaires médicaux, radiologie, analyses, soins externes, actes médicaux courants (1)	100 % TBR	150 % TBR	350 % TBR
• Pharmacie : médicaments et homéopathie	100 % TBR	100 % TBR	100 % TBR
<i>Médecine douce et Prévention</i>			
• Actes de prévention pour les actes figurant en liste au paragraphe 1.2 des conditions générales	100 % TBR	150 % TBR	350 % TBR
• Actes d'ostéopathe, étio-pathe, chiropracteur, acupuncteur, psychologue, psychomotricien, diététicien, nutritionniste pédicure, podologue ( <b>maximum 5 actes par année d'assurance et par assuré, toutes spécialités confondues</b> )	NON	Limité à 0,8 % PMSS par acte	Limité à 1,2 % PMSS par acte
• Ostéodensitométrie ou Amniocentèse ou fécondation in vitro par année d'assurance et par assuré pour l'un des trois actes	NON	1,2 % PMSS	2,6 % PMSS
• Forfait pharmacie (par année d'assurance et par assuré) non remboursés par le R.O	} 0,65 % PMSS	} 2% PMSS	} 2,5 % PMSS
- Médicaments prescrits non remboursés par le RO (homéopathie, phytothérapie, pilule contraceptive, sevrage tabagique)			
- Vaccins non remboursés par le R.O			
<i>Hospitalisation (2)</i>			
• Frais de séjour et honoraires	100 % TBR	150 % TBR	300 % TBR
• Forfait journalier ( <b>illimité</b> )	Frais réels	Frais réels	Frais réels
• Chambre particulière y compris maternité ( <b>illimité ; par jour</b> )	1 % PMSS	2,5 % PMSS	5 % PMSS
• Lit d'accompagnement d'un enfant assuré de moins de 16 ans ( <b>illimité ; par jour</b> )	0,6 % PMSS	1 % PMSS	1,2 % PMSS
• Frais TV, Internet, <b>Téléphone (par jour ; limité à 15 jours par an)</b>	0,3 % PMSS	0,5 % PMSS	0,65 % PMSS
• Transport	100 % TBR	150 % TBR	300 % TBR
• Hospitalisation à domicile	100 % TBR	150 % TBR	300 % TBR

NATURE DES PRESTATIONS			
<i>Dentaire</i>			
• Soins dentaires	100 % TBR	150 % TBR	350 % TBR
• Actes de prévention figurant au paragraphe 1.2 des conditions générales	100 % TBR	150 % TBR	300 % TBR
• Prothèses dentaires remboursées par le R. O	100 % TBR	150 % TBR	350 % TBR
• Orthodontie remboursée par le R. O	100 % TBR	150 % TBR	350 % TBR
Bonus de fidélité à partir de la 3ème année d'assurance	NON	175 % TBR	375 % TBR
Bonus de fidélité à partir de la 5ème année d'assurance	NON	200 % TBR	400 % TBR
Forfait supplémentaire : actes dentaires <b>remboursés ou non par le R.O ou hors nomenclature</b> : prothèses dentaires, implants, orthodontie, parodontologie ou tout autre acte dentaire (par année d'assurance et par assuré)	4 % PMSS	16 % PMSS	32 % PMSS
Forfait supplémentaire : orthodontie remboursée par le R.O (par semestre et par assuré)	NON	5 % PMSS	7 % PMSS
Plafond de remboursement par année d'assurance et par assuré (hors soins dentaires)	25 % PMSS	50 % PMSS	80 % PMSS
<i>Optique</i>			
• Montures, verres, lentilles remboursés par le R.O	100 % TBR	150 % TBR	350 % TBR
<b>Forfait supplémentaire (par année d'assurance et par assuré)</b>	<b>+</b>		
2 verres (toutes corrections)	4,4% PMSS	7,3% PMSS	10,2% PMSS
1 monture	1,5% PMSS	2,3% PMSS	2,9% PMSS
Lentilles de contact (hors jetable) remboursées ou non par le RO (par an et par assuré) en % PMSS	1,8% PMSS	2,3% PMSS	2,9% PMSS
• Chirurgie réfractive : myopie, astigmatisme, hypermétropie	NON	8,8% du PMSS	
Bonus fidélité à partir de la 3ème année d'assurance	+ 0,5 % PMSS	+ 0,5 % PMSS	+ 0,5 % PMSS
Bonus fidélité à partir de la 5ème année d'assurance	+ 1 % PMSS	+ 1 % PMSS	+ 1 % PMSS
<i>Prothèses</i>			
• Prothèses auditives	100 % TBR	150 % TBR	350 % TBR
• Forfait supplémentaire par appareil auditif	NON	5 % PMSS	7 % PMSS
• Autres prothèses ou appareillages	100 % TBR	150 % TBR	350 % TBR

NATURE DES PRESTATIONS	HOTU ITI	HOTU RAU	HOTU NUI
<i>Naissance ou adoption</i>			
• Forfait naissance - Adoption ( <b>par enfant</b> ) (3)	4 % PMSS	6 % PMSS	9 % PMSS
<i>Cure thermale (acceptée par le R.O.)</i>			
• Soins et honoraires	100 % TBR	150 % TBR	350 % TBR
• Forfait supplémentaire cure thermale (Par année d'assurance et par assuré)	NON	NON	4,5 % PMSS
<i>Frais d'obsèques</i>			
• (si souscription avant l'âge de 50 ans)	NON	40 % PMSS	50 % PMSS
• Tiers payant étendu selon accord des praticiens	OUI	OUI	OUI

- (1) Les consultations en psychiatrie, neuropsychiatrie et assimilées sont limitées à **12 consultations par assuré et par année d'assurance**.
- (2) Toute hospitalisation dans un établissement, un centre ou un service de rééducation ou de réadaptation fonctionnelle (sauf hospitalisation consécutive à un accident corporel garanti, déclaré pendant la validité du contrat), de moyen séjour, de convalescence, de repos, de gériatrie ou de gérontologie, de psychiatrie, neuropsychiatrie et assimilées, de cure diététique, climatique ainsi que les maisons d'enfants à caractère sanitaire et les aériums est prise en charge dans la limite maximum de **60 jours par année d'assurance et par assuré y compris le forfait journalier hospitalier et la chambre particulière**.
- (3) Le forfait naissance ou adoption est versé une seule fois par foyer à l'un des parents assurés au contrat depuis au moins neuf mois.
- (4) Orthodontie remboursée par le RO - Forfait supplémentaire par semestre de traitement et par assuré.

## QUELQUES PRECISIONS...

### R.O: Régime obligatoire

#### Tarif de base de remboursement (TBR)

Il s'agit du tarif fixé par les régimes obligatoires pour déterminer le remboursement lié aux soins dispensés par les praticiens ayant adhéré à la "Convention Nationale".

#### % TBR (tarif de base de remboursement)

Le taux indiqué s'applique au tarif de base de remboursement du régime obligatoire, le résultat représente l'ensemble des prestations (régime obligatoire et Anset confondus) dans la limite des frais restant à la charge de l'assuré.

#### Modalité de calcul à concurrence de 350 % TBR

<b>R.O.</b>	<b>Anset</b>
Tarif de base de remboursement R.O. x Taux de Remboursement R.O. 2 000 FCP x 70 % = 1 400 FCP	(Tarif de base de remboursement R.O. x 350%) - Remboursement du R.O. (2 000 FCP x 350 %) – 1 400 FCP = 5 600 FCP

#### Année d'assurance

Le nombre d'années d'assurance est calculé à partir de la date d'effet des garanties puis à chaque échéance annuelle du contrat.

#### Médecin traitant

L'assureur ne prend pas en charge la majoration du ticket modérateur appliquée par la CPS (Caisse de Prévoyance Sociale) au patient qui n'a pas désigné ou déclaré son médecin traitant, consulte un autre médecin sans prescription préalable de son médecin traitant.

**PMSS :** Plafond mensuel de la Sécurité Sociale le PMSS évolue au 1er janvier de chaque année  
(Valeur en 2021 : 3428 € soit 409.069 FCP)

## Définitions

Pour l'application du présent contrat, on entend par :

### Accident

Toute atteinte corporelle subie par l'assuré et provenant de l'action soudaine et fortuite d'une cause extérieure et indépendante de la volonté de l'assuré.

### Année d'assurance

La période comprise entre :

- La date d'effet du contrat et la première échéance annuelle,
- Deux échéances annuelles,
- La dernière échéance annuelle et la date de suspension, résiliation, cessation ou expiration du contrat.

### Assuré (bénéficiaire)

Toute personne domiciliée en Polynésie française, désignée aux conditions particulières qui bénéficie du présent contrat, son conjoint ou concubin ou la personne liée par un pacte civil de solidarité et leurs enfants à charge de moins de 18 ans.

Cependant, les enfants à compter de 18 ans perdent leur qualité d'enfant au sens de la cotisation mais peuvent continuer à être assurés au contrat de leurs parents moyennant l'acquittement d'une cotisation adulte correspondant à leur âge.

### Assureur

Aréas Dommages

Société d'assurance mutuelle à cotisations fixes, régie par le Code des assurances et ayant son Siège Social 49 rue de Miromesnil 75380 PARIS Cedex 08 ; entreprise soumise au contrôle de l'ACPR, 4 place de Budapest CS 92459 75436 Paris Cedex 09.

## Délai d'attente

Période durant laquelle les garanties ne sont pas encore en vigueur. Le point de départ de cette période est la date d'effet mentionnée aux conditions particulières.

## Hospitalisation

Tout séjour effectué en qualité de patient dans un établissement de soins public ou privé, dès lors que ce séjour a pour objet le traitement médical ou chirurgical d'une maladie, d'un accident ou d'une maternité.

## Maladie

Toute altération de la santé ou état pathologique de l'assuré, non consécutif à un accident, constatée par une autorité médicale compétente.

## Nomenclatures des actes de la Caisse de Prévoyance sociale

Elles listent les actes et biens médicaux remboursables. Elles servent de base pour les calculs des remboursements des régimes obligatoires et complémentaires.

## Régime obligatoire

Régime légal de protection sociale français auquel est obligatoirement affilié l'assuré.

## Souscripteur

La personne physique ou morale, désignée sous ce nom aux conditions particulières qui demande l'établissement de ce contrat, le signe et s'engage à en payer les primes.

## Tarif de base de remboursement (TBR)

Tarif retenu par les régimes obligatoires dans l'application des nomenclatures des actes de la Caisse de Prévoyance Sociale comme référence pour le calcul du remboursement.

## **Tarif de convention**

Tarif servant de base au remboursement des honoraires et des soins dispensés par l'ensemble des professionnels de la santé ayant adhéré aux Conventions.

## **Télétransmission**

Échange de données informatisées entre la Caisse de Prévoyance de la Polynésie française et Anset Assurances. La télétransmission dispense l'assuré d'adresser les décomptes du régime obligatoire à l'assureur et réduit les délais de remboursements.

## **Ticket modérateur**

Différence entre le tarif de base de remboursement et le remboursement du régime obligatoire qui reste à la charge de l'assuré.

## **Tiers payant**

Système permettant à l'assuré social de ne pas faire l'avance des frais : Paiement direct des sommes dues par l'assuré au professionnel de santé ou à l'établissement de soins par l'organisme assureur.

## OBJET DU CONTRAT

Le contrat a pour objet de rembourser les frais médicaux, chirurgicaux et d'hospitalisation engagés par l'assuré en cas de maladie, d'accident ou de maternité en complément des prestations versées par le régime obligatoire ou tout autre régime de prévoyance obligatoire.

## 1. LES GARANTIES

---

Elles sont définies au tableau des garanties et selon la formule choisie mentionnée aux conditions particulières.

### 1.1 Modalités de remboursement

Sauf dispositions contraires figurant au tableau des garanties :

- L'assureur rembourse les dépenses de santé médicalement prescrites à caractère thérapeutique ayant fait l'objet d'un remboursement préalable au titre du régime obligatoire,
- Dans toutes les formules, les prestations sont calculées sur la valeur du tarif de base de remboursement en vigueur à la date des soins, déduction faite du remboursement du régime obligatoire,
- Les remboursements sont effectués poste par poste dans les conditions et les limites de la formule souscrite mentionnée aux conditions particulières et figurant au tableau des garanties,
- Pour les actes et soins dispensés en secteur non conventionné, les remboursements sont calculés sur la base du tarif de convention.

Les dépenses de santé remboursées doivent correspondre à des soins dispensés pendant la validité du contrat.

Le cumul des remboursements ne peut excéder les dépenses réellement engagées par l'assuré.

## QUELQUES PRECISIONS SUR LES GARANTIES DE BASE SELON LA FORMULE SOUSCRITE

### 1.2 Actes de prévention

L'assureur prend en charge l'ensemble des actes de prévention suivants :

- Scellement prophylactique des puits, sillons et fissures, sous réserve que l'acte soit effectué sur les premières et deuxième molaires permanentes, qu'il n'intervienne qu'une fois par dent et qu'il soit réalisé en cas de risques carieux et avant le quatorzième anniversaire.
- Détartrage annuel complet sus et sous-gingival effectué en deux séances maximums.
- Premier bilan du langage oral ou écrit pour un enfant de moins de 14 ans.
- Dépistage de l'hépatite B.
- Dépistage une fois tous les cinq ans des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans pour un des actes suivants :
  - Audiométrie tonale ou vocale.
  - Audiométrie tonale avec tympanométrie.
  - Audiométrie vocale dans le bruit.
  - Audiométrie tonale et vocale avec tympanométrie.
  - Ostéodensitométrie pour les femmes de plus de 50 ans, une fois tous les 6 ans.
- Vaccinations suivantes, seules ou combinées :
  - Diphtérie, tétanos et poliomyélite : tous âges ;
  - Coqueluche : avant 14 ans ;
  - Hépatite B : avant 14 ans ;
  - BCG : avant 6 ans ;
  - Rubéole pour les adolescentes qui n'ont pas été vaccinées et pour les femmes non immunisées désirant un enfant ;
  - Haemophilus influenzae B - infections à l'origine de la méningite de l'enfant ;
  - Vaccination contre les infections invasives à pneumocoques pour les enfants de moins de 18 mois.

### 1.3 Forfait pharmacie non remboursée par le régime obligatoire

L'assureur prend en charge, sur présentation de justificatifs et dans la limite du forfait prévu par la formule souscrite :

- les médicaments prescrits non remboursés par le régime obligatoire suivants : homéopathie, phytothérapie, pilule contraceptive, sevrage tabagique,
- les vaccins non remboursés par le régime obligatoire.

Ce forfait est accordé par année d'assurance et par assuré.

Le reliquat éventuel n'est pas reporté l'année d'assurance suivante.

### 1.4 Les actes d'ostéopathe, d'étéopathe, de chiropracteur, d'acupuncteur, de psychologue, de psychomotricien, de diététicien, de nutritionniste et de pédicure-podologue

L'assureur garantit les dépenses d'actes d'ostéopathe, d'étéopathe, de chiropracteur, d'acupuncteur, de psychologue, de psychomotricien, de diététicien, de nutritionniste et/ou de pédicure-podologue médicalement prescrits non remboursés par le régime obligatoire dans la limite du forfait de la formule souscrite.

Ces actes doivent être réalisés par des praticiens pouvant justifier d'un diplôme d'état ou universitaire, d'une formation certifiée par l'école de la spécialité ou d'une certification par la fédération française de la discipline.

Pour les actes de pédicure-podologie, un diplôme d'état est obligatoire.

Ce forfait est accordé par année d'assurance et par assuré, toutes spécialités confondues, en un ou plusieurs remboursements.

Le reliquat éventuel n'est pas reporté l'année d'assurance suivante

### 1.5 L'ostéodensitométrie ou l'amniocentèse ou la fécondation in vitro

L'assureur garantit le remboursement d'acte d'ostéodensitométrie ou d'amniocentèse ou de fécondation in vitro remboursé ou non par le régime obligatoire dans la limite du forfait de la formule souscrite.

Ce forfait est accordé par année d'assurance et par assuré pour l'un des 3 actes.

Le reliquat éventuel n'est pas reporté l'année d'assurance suivante.

### 1.6 La psychiatrie, neuropsychiatrie et assimilées

Quelle que soit la formule souscrite, les consultations en psychiatrie, neuropsychiatrie et assimilées sont prises en charge dans la limite de

**12 consultations par assuré et par année d'assurance.**

Le reliquat éventuel n'est pas reporté l'année d'assurance suivante.

### 1.7 L'hospitalisation

En cas d'hospitalisation, l'assureur rembourse :

- Le prix de la journée de l'établissement,
- Les frais de salle d'opération ou d'accouchement,
- Les honoraires des praticiens c'est à dire les frais de soins dispensés pendant une hospitalisation ou au cours d'une intervention chirurgicale,
- La pharmacie et les produits sanguins,
- Les frais de grand appareillage et de prothèses internes,
- Le forfait journalier hospitalier,
- Les frais de la chambre particulière dans la limite du plafond journalier de la formule souscrite,
- Les frais d'accompagnement en cas d'hospitalisation d'un enfant assuré âgé de moins de 16 ans,
- Les frais de transport (aller et retour domicile / établissement hospitalier en vue d'une hospitalisation ou d'un transfert entre établissements hospitaliers)
- Les frais engagés au titre d'une hospitalisation à domicile définie comme telle par le contrôle médical du régime obligatoire.
  - Les frais de TV, d'internet et de téléphone dans la limite de la formule souscrite (**limités à 15 jours maximum par an et par assuré**).

## Les limitations de l'hospitalisation :

Quelle que soit la formule souscrite, toute hospitalisation dans un établissement, un centre ou un service de moyen séjour, de convalescence, de repos, de rééducation, de réadaptation, de gériatrie ou de gérontologie, de psychiatrie, neuropsychiatrie et assimilées, de cure, diététique, climatique ainsi que les maisons d'enfants à caractère sanitaire et les aériums est prise en charge dans la limite maximum de **60 jours par année d'assurance et par assuré y compris le forfait journalier hospitalier et la chambre particulière**. Le reliquat éventuel n'est pas reporté l'année d'assurance suivante.

Cette disposition ne s'applique pas en cas d'hospitalisation dans un établissement, un centre ou un service de rééducation ou de réadaptation fonctionnelle qui serait la conséquence d'un accident corporel garanti, déclaré pendant la validité du contrat.

### 1.8 Le forfait prothèses dentaires et orthodontie

a) En complément du remboursement, l'assureur garantit le versement d'un forfait pour couvrir :

Les frais de prothèses dentaires, des implants, orthodontie, de la parodontologie ou de tout autre acte dentaire **non-remboursés par le régime obligatoire ou hors nomenclature dans la limite du forfait de la formule souscrite**.

Ce forfait est accordé par année d'assurance et par assuré en un ou plusieurs remboursements.

Le reliquat éventuel n'est pas reporté l'année d'assurance suivante.

b) En complément du remboursement, l'assureur garantit le versement d'un forfait pour couvrir :

Pour **les formules Hotu Rau et Hotu nui**, les frais d'orthodontie **remboursés par le régime obligatoire**.

Ce forfait est accordé par semestre et par assuré en un ou plusieurs

remboursements. Le reliquat éventuel n'est pas reporté l'année d'assurance suivante.

### 1.9 Le forfait optique

En complément du remboursement et sur présentation de la facture acquittée de l'opticien, l'assureur garantit le versement d'un forfait pour couvrir les frais :

- De montures et de verres correcteurs remboursés ou non par le régime obligatoire,
- De lentilles de contact acceptées ou refusées par le régime obligatoire,
- De la chirurgie réfractive de la myopie, de l'astigmatisme ou de l'hypermétropie.

Ce forfait est accordé par année d'assurance et par assuré, en un ou plusieurs remboursements.

### 1.10 Le forfait prothèses auditives

En complément du remboursement et sur présentation de la prescription médicale et de la facture acquittée de l'audioprothésiste, l'assureur garantit le versement d'un forfait pour couvrir les frais d'appareil auditif.

### 1.11 Le forfait naissance ou adoption

Sur présentation de l'acte de naissance ou de la copie du jugement d'adoption de l'enfant, l'assureur garantit le versement d'un forfait à l'occasion de la naissance ou de l'adoption d'un enfant.

Ce forfait est payable une seule fois par foyer à l'un des parents assurés, sur le même contrat ou par un contrat séparé, depuis au moins 9 mois.

### 1.12 Le forfait cure thermale

En complément du remboursement et sur présentation de justificatifs, l'assureur garantit le remboursement des frais de cure thermale (soins, honoraires, frais de transport et d'hébergement) médicalement prescrite et prise en charge par le régime obligatoire.

Ce forfait est accordé par année d'assurance et par assuré, en un ou plusieurs remboursements. Le reliquat éventuel n'est pas reporté l'année d'assurance suivante.

### 1.13 Les frais d'obsèques

En cas de décès d'un assuré et sur présentation de l'original de la facture acquittée des pompes funèbres, l'assureur garantit le remboursement des frais d'obsèques dans la limite du montant de la formule souscrite.

## ÉVOLUTION DES GARANTIES

Les montants de garantie indiqués au tableau des garanties et exprimés en pourcentage varient en fonction de l'évolution du plafond mensuel de la Sécurité sociale (PMSS) établi au 1<sup>er</sup> janvier de chaque année.

## 2. ENTREE EN VIGUEUR DES GARANTIES

---

### 2.1 Délai d'attente

Sauf dispositions contraires indiquées aux conditions particulières, les garanties sont acquises :

#### Sans délai d'attente :

- En cas d'accident,
- Pour tous les soins dispensés à un enfant né ou adopté en cours de contrat à condition que l'enfant soit garanti au contrat dans le mois suivant sa naissance ou son adoption et que sa mère soit assurée au contrat depuis au moins 9 mois.
- Pour tous soins courants, hospitalisations chirurgicales ou médicales. **(Pour les formules Hotu /ti, Hotu Rau)**

#### Après un délai d'attente de :

- **3 mois** pour les cures thermales
- **3 mois** : pour tous les soins courants, les hospitalisations chirurgicales ou médicales. **(Pour la formule Hotu nuit)**
- **6 mois** pour les prothèses dentaires, l'orthodontie, les implants dentaires, la parodontologie ou tout autre acte dentaire non remboursé par le régime obligatoire ou hors nomenclature et l'optique,
- **6 mois** pour tout autre appareillage ou prothèse auditive ou orthopédique et toute autre prothèse,

- **9 mois** pour la grossesse, la maternité, l'accouchement et ses complications éventuelles y compris le forfait maternité ou adoption.

Augmentations de garantie et extensions d'assurance

Les délais d'attente sont applicables à toute augmentation de garanties ou extension d'assurance prévues par avenant en cours de contrat.

Abrogation des délais d'attente

Si l'assuré justifie des garanties équivalentes ou supérieures, les délais d'attente sont totalement abrogés (**sauf pour le forfait maternité ou adoption**) à condition que le délai entre la résiliation du précédent contrat et la souscription du contrat complémentaire santé Anset n'excède pas un mois.

## TERRITORIALITE DES GARANTIES

Les garanties du contrat s'exercent en Polynésie française. Les garanties s'exercent également dans le monde entier lors de voyages et de séjours n'excédant pas une durée continue de trois mois pour :

- Les dépenses de santé prises en charge par le régime obligatoire,
- Les frais de montures, verres et lentilles remboursés ou non par le régime obligatoire.

Le règlement des prestations est effectué en Polynésie française en FCFP.

## LE REMBOURSEMENT DES PRESTATIONS

### 2.4 Formalités à accomplir

Pour obtenir le règlement des prestations, l'assuré doit adresser à l'assureur les pièces suivantes :

- Les décomptes originaux du régime obligatoire (si l'assuré ne bénéficie pas de la Télétransmission), et s'il y a lieu, les dé-comptes originaux établis par d'autres organismes de prévoyance,
- Les originaux des notes d'honoraires ou des factures acquittées justifiant les dépenses

réelles et détaillant les actes et les prestations réalisés,

- L'acte de naissance ou la copie du jugement d'adoption de l'enfant pour le versement du forfait maternité ou adoption,
- L'acte de décès et l'original de la facture acquittée des pompes funèbres pour le remboursement des frais d'obsèques.

Les demandes de remboursement doivent être présentées dans un délai maximum de deux ans qui suivent la date de cessation des soins sous peine de déchéance (sauf cas fortuit ou de force majeure).

La date des soins prise en compte est celle retenue par le régime obligatoire sur le décompte pour les actes remboursables et la date à laquelle les soins ont été dispensés pour les actes non remboursables par le régime obligatoire.

Si l'assuré est victime d'un accident mettant en cause la responsabilité d'un tiers, l'assuré doit impérativement communiquer à l'assureur les renseignements suivants :

- la date, le lieu et les circonstances de l'accident,
- le nom et adresse de l'auteur responsable,
- si possible, les noms et prénoms des témoins,
- L'existence éventuelle d'un rapport de police ou de gendarmerie.

Par la suite, adresser :

- Le certificat de guérison ou de consolidation des blessures.

## LES EXCLUSIONS

2.5 Ne sont pas pris en charge les dépenses de santé qui sont la conséquence

- D'un acte intentionnel de l'assuré,
- De la guerre civile ou étrangère,
- De la participation active de l'assuré à des émeutes et mouvements populaires, à des actes de terrorisme et de sabotage,
- Des effets directs ou indirects d'explosion, de dégagement de chaleur, d'irradiation provenant de la transmutation de noyaux d'atome ou de radioactivité ainsi que les dommages dus aux effets de radiation provoqués par l'accélération artificielle de particules,
- De la pratique de l'assuré de tout sport à titre professionnel.

- Les actes non reconnus ou non remboursés par le régime obligatoire sauf dispositions contraires mentionnées dans le tableau des garanties,
- Les actes ou soins réalisés antérieurement à la date d'effet du contrat ou postérieurement à la date de la résiliation du contrat,
- Les cures de désintoxication en cas d'alcoolisme ou de toxicomanie ainsi que leurs suites et conséquences,
- Les séjours dans les maisons de retraite et dans les établissements ou les services destinés à l'hébergement des personnes n'ayant plus leur autonomie (dits hospitalisation de long séjour),
- Les séjours dans les établissements, services ou instituts médico-psycho-pédagogiques ou médico-éducatifs et assimilés,
- L'ensemble des frais relatifs aux soins esthétiques, aux cures de rajeunissement et aux interventions de chirurgie esthétiques de toute nature ainsi que leurs suites et conséquence sauf si ces interventions sont la conséquence d'un accident corporel garanti déclaré pendant la validité du contrat,
- Les frais de voyage et d'hébergement en cas de cure thermale sauf le forfait accordé selon la formule souscrite.

## 2.6 Contrôle des prestations versées

L'assureur se réserve le droit de demander à l'assuré ayant perçu des prestations, tout renseignement ou document qu'il jugera nécessaire pour l'appréciation du droit aux prestations. Si ces renseignements ont un caractère médical, l'assuré pourra les adresser directement sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de l'assureur.

## Expertise

L'assureur se réserve le droit de faire expertiser l'assuré par un médecin de son choix, à tout moment.

L'assuré doit accepter de se soumettre au contrôle des médecins de l'assureur. Si après avoir refusé de se soumettre au contrôle d'un premier médecin, l'assuré refuse également d'accepter celui d'un deuxième médecin, sauf motif dûment justifié, le service des prestations sera suspendu ou supprimé.

En cas de contestation d'ordre médical, une expertise amiable est toujours obligatoire, sous réserve des droits respectifs des parties. Chacune des deux parties choisit un médecin expert.

Si les experts ainsi désignés ne sont pas d'accord, ils s'adjoignent un troisième expert. Les trois experts opèrent en commun et à la majorité des voix. Faute, par l'une des parties de nommer son expert ou par les deux experts de s'entendre sur le choix du troisième, la désignation est effectuée par le Président du Tribunal de Première Instance compétent.

Cette nomination a lieu sur simple requête de la partie la plus diligente, faite au plus tôt quinze jours après l'envoi à l'autre partie, d'une lettre recommandée de mise en demeure avec avis de réception.

Chaque partie paie les frais et honoraires de son expert et, s'il y a lieu, la moitié des honoraires du tiers expert et des frais de nomination.

L'assureur s'engage à verser les prestations dans les 15 jours qui suivent l'accord des parties ou la décision judiciaire exécutoire. En cas d'opposition, ce délai ne court que du jour de la main levée.

## Subrogation

L'assureur est subrogé dans les termes de l'article L. 121-12 du Code jusqu'à concurrence des prestations payées par lui, dans les droits et action de l'assuré contre tout responsable du sinistre.

Si la subrogation ne peut plus, du fait de l'assuré, s'opérer en faveur de l'assureur, la garantie de celui-ci cesse d'être engagée dans la mesure même où aurait pu s'exercer la subrogation.

## Conséquence de fausses déclarations

L'assuré ou le souscripteur qui, de mauvaise foi, fait de fausses déclarations ou présente des documents falsifiés afin d'obtenir des prestations indues est déchu de tout droit à la garantie pour ces prestations. L'assureur se réserve le droit de récupérer les prestations indues et de résilier le contrat.

## 3. LA VIE DU CONTRAT

### 3.1 Les déclarations

Le contrat est établi d'après les déclarations du Souscripteur et la cotisation est fixée en conséquence.

### 3.2 A la souscription du contrat

Le Souscripteur doit, sous peine des sanctions prévues ci-après, répondre aux questions posées par l'assureur dans la proposition d'assurance sur les circonstances qui sont de nature à faire apprécier par l'assureur les risques qu'il prend en charge. L'assureur se réserve le droit de demander au Souscripteur tout complément d'informations qu'il jugera nécessaire pour l'appréciation du risque.

### 3.3 En cours de contrat

Le Souscripteur doit, sous peine des sanctions prévues ci-après, déclarer à l'assureur par lettre recommandée, dans un délai de 15 jours à partir du moment où il en a eu connaissance, les circonstances nouvelles qui ont pour conséquence de rendre inexacts ou caduques les déclarations faites à l'assureur à la souscription.

Le Souscripteur doit déclarer à l'assureur :

- Tout changement dans la situation d'un assuré : changement de domicile ou fixation hors de Polynésie française, changement de situation familiale (naissance, mariage, décès, ...)
- Cessation ou changement d'affiliation d'un des assurés au régime obligatoire.

### 3.4 Sanctions

Toute réticence, fausse déclaration intentionnelle, toute omission ou inexactitude dans la déclaration

du risque entraîne l'application des sanctions prévues par le Code

:

- article L. 113-8 - la nullité du contrat,
- article L. 113-9 - réduction des indemnités.

## 4. FORMATION, DUREE ET RESILIATION DU CONTRAT

---

### Effet du contrat

Le contrat prend effet, dès l'accord des parties, à la date mentionnée aux conditions particulières, sous réserve du paiement de la première cotisation.

Les mêmes dispositions s'appliquent à tout avenant au contrat.

### Durée du contrat

Le contrat est souscrit pour une durée annuelle. A l'expiration de chaque période annuelle, il se reconduit tacitement à chaque échéance annuelle pour une durée d'un an.

Les garanties du contrat sont viagères dès la date d'effet du contrat.

### Résiliation

Le contrat peut être résilié dans les conditions ci-après :

#### Par le Souscripteur

- a) Chaque année, après l'expiration d'un délai d'un an, moyennant **un préavis d'un mois** au moins avant la date d'échéance annuelle ;
- b) Dans les conditions prévues par l'article L. 113-16 du Code, en cas de changement de domicile, de situation matrimoniale, de régime matrimonial, de profession, ainsi qu'en cas de retraite professionnelle ou cessation définitive d'activité professionnelle, lorsque les risques garantis sont en relation avec la situation antérieure et ne se retrouvent pas dans la situation nouvelle. La résiliation doit intervenir dans les trois mois suivant la date de l'évènement et prend effet un mois à compter de la date de réception de la notification à l'assureur ; En cas de diminution du risque en cours de contrat, si

l'assureur ne consent pas la diminution de cotisation correspondante (article L. 113-4 du Code). La résiliation doit intervenir dans le mois où l'assuré a eu connaissance de sa cotisation et prend effet un mois après l'envoi de la lettre de résiliation ;

c) Cas de résiliation par l'assureur d'un autre contrat du Souscripteur après sinistre (article R. 113-10 du Code). La résiliation prend effet un mois après l'envoi de la lettre de résiliation par l'assuré ;

d) En cas d'augmentation de la cotisation dans les conditions prévues au paragraphe 5.4 ci-après

e) Pour tout assuré qui, postérieurement au présent contrat, est couvert à titre personnel et obligatoire, dans le cadre de son activité professionnelle, pour des garanties identiques. La résiliation doit intervenir dans les 3 mois suivant la date de l'adhésion obligatoire et prend effet un mois à compter de la réception de la notification à l'assureur. Dans ce cas, l'assuré doit produire une attestation de la part de son employeur.

L'obligation d'adhésion ne peut être retenue que pour le salarié de l'entreprise lui-même, assuré sur le contrat, et ses ayants droits au sens de la Caisse de Prévoyance Sociale.

#### 4.3.2 Par l'assureur

- a) En cas de non-paiement des cotisations (article L.113-3 du Code) ;
- b) En cas d'omission ou de déclaration inexacte du risque à la souscription ou en cours de contrat (article L.113-9 du Code) ;
- c) En cas de fraude ou de tentative de fraude à l'occasion d'une demande de remboursement de prestations.

#### 4.3.3 De plein droit

- a) En cas de fixation de domicile hors de Polynésie française l'assuré doit en informer l'assureur dans les trois mois qui suivent la date de l'installation et la résiliation prend effet un mois après sa notification à l'assureur ;
- b) En cas de retrait de l'agrément de l'assureur (article L. 326-12 du Code) ;
- c) En cas de décès du Souscripteur. Toutefois, si le contrat garantit d'autres assurés, il continuera de produire ses effets à l'égard des dits assurés, à charge pour ceux-ci d'exécuter les obligations dont le Souscripteur était tenu vis à vis de l'assureur.

## Modalités de résiliation

Lorsque le Souscripteur a la faculté de résilier le contrat, il peut le faire à son choix, soit par lettre recommandée, soit par une déclaration faite contre récépissé au siège social de l'assureur ou auprès de son représentant, soit par acte extrajudiciaire.

La résiliation par l'assureur doit être notifiée au Souscripteur par lettre recommandée à son dernier domicile connu.

Les préavis ou délais courent à partir de la date d'envoi de la lettre recommandée, le cachet de la poste faisant foi.

### 4.5 Effet de la résiliation

Dans les cas de résiliation, les garanties et le droit aux prestations cessent à la date d'effet de la résiliation.

## 5. LES COTISATIONS

### Paie ment des cotisations

La cotisation ou dans le cas de fractionnement de celle-ci, les fractions de cotisation, dont le montant est stipulé au contrat, ainsi que les frais sont payables d'avance aux échéances indiquées aux conditions particulières. Le règlement doit être adressé à l'assureur ou à son représentant.

### 5.1 Conséquence du non-paiement des cotisations

À défaut de paiement d'une cotisation ou d'une fraction de cotisation dans les 10 jours de son échéance, l'assureur, indépendamment de son droit de poursuivre l'exécution du contrat en justice, peut, par lettre recommandée valant mise en demeure, adressée au Souscripteur à son dernier domicile connu, suspendre la garantie 30 jours après l'envoi de cette lettre.

L'assureur a le droit de résilier le contrat 10 jours après l'expiration du délai de 30 jours visé ci-dessus, par notification faite au Souscripteur soit dans la lettre recommandée de mise en demeure, soit par une nouvelle lettre recommandée.

En cas de fractionnement de la cotisation annuelle, la suspension de la garantie, intervenue pour non-paiement d'une des fractions de cotisation, produit ses effets jusqu'à l'expiration de la période annuelle considérée, sans pour autant dispenser le souscripteur de l'obligation de payer les fractions de cotisations devenues exigibles immédiatement.

### 5.2 Cotisations et évolution

Les cotisations sont fixées en fonction du régime obligatoire, de la profession, de l'âge, du nombre de personnes assurées sur le contrat et de la formule souscrite. Elles évoluent, à chaque échéance annuelle, en fonction de l'âge des assurés et de l'évolution générale de la consommation médicale.

#### Révision de la cotisation

L'assureur peut être amené à modifier son tarif en fonction de l'évolution :

- Des résultats techniques constatés sur une ou plusieurs formules ou sur une catégorie de risques ou de garanties,
- De la réglementation entraînant une modification de la portée des engagements de l'assureur.
- fiscale.

Les cotisations venant à échéance, postérieurement à cette modification, seront basées sur le nouveau tarif. Dans ce cas, le Souscripteur a le droit de résilier le contrat par lettre recommandée dans le mois qui suit la date où il a eu connaissance de la majoration. Cette résiliation prend effet un mois après l'envoi d'une lettre recommandée par le Souscripteur et celui-ci est redevable, jusqu'à la date de résiliation, du prorata de cotisation calculé sur la base de la cotisation précédente.

#### Cotisation pour un enfant né ou adopté en cours de contrat

Il n'est perçue aucune cotisation pour un enfant né ou adopté en cours de contrat entre sa date de naissance ou d'adoption et la date d'échéance annuelle du contrat sous réserve que l'enfant soit assuré au contrat dans le mois qui suit sa naissance ou son adoption et, qu'au jour de celle-ci, l'un des parents soit assuré depuis au moins 9 mois.

#### **PRESCRIPTION**

La prescription est la période au-delà de laquelle aucune réclamation n'est plus recevable.

Toute action dérivant du présent contrat est prescrite par 2 ans à compter de l'évènement qui y donne

naissance. (Article L114-1 du code ci-dessous).

### **Articles L. 114-1, L. 114-2**

#### **Articles L. 114-1**

Toutes 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.

La prescription est portée à dix ans dans les contrats d'assurance sur la vie lorsque le bénéficiaire est une personne distincte du souscripteur et, dans les contrats d'assurance contre les accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'assuré décédé.

#### **Article L. 114-2**

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre.

L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par l'assureur à l'assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'assuré à l'assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

## **RECLAMATION**

Au cours de la vie du contrat, des difficultés peuvent survenir. Aussi, pour toute demande ou rectification d'information vous concernant ou en cas de litige, vous devez en premier lieu consulter votre interlocuteur habituel (agence, courtier...). Si la réponse ne vous satisfait pas, vous pouvez saisir le service relations clientèle (49, rue de Miromesnil 75380 Paris cedex 08, [www.areas.fr](http://www.areas.fr),

téléphone : 01 40 17 65 00) qui vous répondra au plus tard dans les deux mois suivant la date de réception de votre réclamation. En cas de désaccord persistant après la réponse donnée par le service relations clientèle, si vous êtes un particulier, à condition qu'aucune action judiciaire n'ait été engagée, vous avez la possibilité de saisir la Médiation de l'Assurance par courrier TSA 50110 75441

Paris cedex 09 ou par voie électronique [www.mediation-assurance.org](http://www.mediation-assurance.org).

L'avis du médiateur de l'assurance ne lie pas les parties, lesquelles sont libres d'accepter ou de refuser sa proposition de solution et de saisir le tribunal compétent.

## **POSSIBILITE DE RENONCIATION**

### **En cas de vente à distance :**

Dans le cas où la souscription a été souscrite dans le cadre d'un système de commercialisation à distance (articles L 112-2-1 du Code des assurances et L 121-20-8 du Code de la Consommation), la souscription peut être exécutée immédiatement et intégralement à compter de sa conclusion à la demande expresse du souscripteur. Dans ce cadre, et conformément aux textes précités, le souscripteur dispose d'un délai de 14 jours calendaires révolus pour se rétracter à compter de la date de réception des documents contractuels.

### **En cas de démarchage à domicile :**

Si la souscription est effectuée lors d'un démarchage au domicile, le souscripteur dispose d'un délai de 14 jours calendaires révolus à compter du jour de la conclusion du contrat pour renoncer à sa souscription.

En effet, l'article L112-9 du Code des assurances précise : « Toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à 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 de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée avec demande d'avis de réception pendant le délai de quatorze jours calendaires révolus à compter du jour de la conclusion du contrat, sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités. » Cette renonciation doit être faite par lettre recommandée avec accusé de réception à Anset Assurances – Renonciation : au siège d'ANSET Assurances SAS (5 avenue du prince Hinoï, B.P. 4656, 98713 Papeete, TAHITI). Elle peut être faite suivant le modèle de lettre ci-après.

La cotisation dont le souscripteur est redevable en contrepartie de l'exécution immédiate et intégrale au

contrat avant l'expiration de ce délai de rétractation est égale au prorata de la cotisation annuelle pour la période écoulée entre la conclusion du contrat et l'éventuelle rétractation.

**En cas de renonciation :**

- Si des prestations ont été versées, le souscripteur s'engage à rembourser à l'assureur les montants perçus dans un délai de 30 jours ;
- Si des cotisations ont été perçues, l'assureur les remboursera déduction faite de la cotisation au prorata de la période de garantie, dans un délai de 30 jours.

**Modèle de lettre de renonciation :**

*Messieurs, je soussigné (Nom et Prénom du souscripteur), demeurant à (domicile principal), ai l'honneur de vous informer que je renonce à ma souscription au contrat complémentaire santé (indiquer numéro du contrat), que j'ai signé le (indiquer la date) et (si des cotisations ont été perçues) vous prie de me rembourser les cotisations déduction faite de la cotisation au prorata de la période de garantie.*

*Je m'engage de mon côté à rembourser le montant des prestations qui ont pu m'être versées.*

Fait .....Le.....  
à .....  
Signature du souscripteur.

**AUTORITE DE CONTROLE**

L'assureur AREAS Dommages est soumis au contrôle de l'AUTORITE DE CONTROLE PRUDENTIEL ET DE RESOLUTION 4, place de Budapest CS 9245975436 PARIS Cedex 09.

**PROTECTION DES DECLARATIONS**

Le Souscripteur peut demander communication et rectification de toute information le concernant qui figurerait sur tout fichier à l'usage de l'assureur, des mandataires, des réassureurs ou des organismes professionnels concernés. Cette démarche doit être effectuée ou adressée au siège d'ANSET Assurances SAS. (5 avenue du prince Hinoï, B.P. 4656, 98713 Papeete, TAHITI).

