

# 1. Les garanties d'assurance

## 1.1 Objet du contrat

Le contrat Atoll Santé a pour objet le remboursement des frais médicaux et chirurgicaux occasionnés par un accident, une maladie ou une maternité en complément des prestations versées par votre Régime Obligatoire.

Seules sont garanties les dépenses de santé engagées entre les dates d'effet et de résiliation du contrat.

Pour les soins et les prothèses dentaires, les dépenses ainsi que les dates de proposition et d'exécution des travaux doivent être également situées dans la période de garantie qui peut intégrer un délai d'attente.

Ce contrat s'inscrit dans le cadre du dispositif législatif relatif aux contrats d'assurance complémentaire santé dits "contrats responsables" (article 57 de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 et différents décrets et arrêtés).

Ainsi, dans le parcours de soins, le contrat doit notamment prendre en charge :

- au moins 30 % de la Base de Remboursement de la Sécurité sociale des honoraires des médecins,
- au moins 30 % de la Base de Remboursement de la Sécurité sociale pour les médicaments à vignette blanche remboursés à 65 % par la Sécurité sociale,
- au moins 35 % de la Base de Remboursement de la sécurité Sociale pour les frais d'analyse ou de laboratoire,

- la totalité du ticket modérateur pour au moins deux prestations de prévention figurant sur la liste ministériel du 8 juin 2006.

Le cas échéant, les taux de prise en charge minimales mentionnés ci-dessus sont réduits afin que notre prise en charge ne puisse excéder les frais exposés.

Hors parcours de soins, le contrat ne rembourse pas :

- la majoration du ticket modérateur en application de l'article L 162-5-3 du Code de la Sécurité sociale en cas de non désignation d'un médecin traitant ou en cas de consultation d'un autre médecin sans prescription du médecin traitant,
- les dépassements d'honoraires prévus à l'article L 162-5-18 du Code de la Sécurité sociale.

Dans tous les cas, le contrat ne prend pas en charge :

- la contribution forfaitaire mentionnée au II de l'article L 322-2 du Code de la Sécurité sociale,
- le montant de la franchise instaurée en application du III de l'article L 322-2 du Code de la Sécurité sociale.

En cas d'évolutions législatives et réglementaires régissant les "contrats responsables", les garanties du contrat feront l'objet de modifications pour rester en conformité avec ce cadre juridique, après information préalable de l'assuré.

## 1.2 Dépenses de soins remboursées

Dans les conditions et les limites de la garantie indiquée aux Dispositions Particulières, nous garantissons :

### > Le remboursement des frais médicaux suivants

- Les consultations, visites, indemnités de déplacement des praticiens et auxiliaires médicaux.
- Les frais d'hospitalisation médicale et chirurgicale dans les établissements conventionnés : honoraires des praticiens et auxiliaires médicaux, frais de salle d'opération, frais de séjour y compris le forfait hospitalier, chambre particulière et frais d'accompagnement pour les enfants de moins de 12 ans.
- Les actes de radiologie.
- Les analyses et prélèvements.
- Les soins et prothèses dentaires, les frais d'orthodontie.
- Les appareils d'orthopédie, de prothèse et d'optique.
- La pharmacie.
- Les frais de transport du malade ou de l'accidenté.
- La cure thermale effectuée dans les établissements agréés par la Sécurité Sociale.
- La rééducation fonctionnelle sous réserve de prise en charge par le Régime Obligatoire.

- **Le remboursement d'au moins 2 actes de prévention** dans les conditions prévues par la loi du 13 août 2004 et l'arrêté du 8 juin 2006 (liste des prestations de prévention jointe en annexe). Les actes de prévention remboursés par le régime obligatoire mais ne figurant pas dans cette liste continuent à être remboursés par votre contrat.

### > Le versement de forfait\* annuels dans la limite des frais réellement engagés (sauf pour le forfait naissance ou adoption)

- Un forfait en cas de naissance ou d'adoption d'un enfant.
- Un forfait optique\* en complément du remboursement des verres, des montures et des lentilles prises en charge par le Régime Obligatoire. Ce forfait couvre aussi les lentilles refusées par le Régime Obligatoire.
- Un forfait complémentaire par œil pour la chirurgie réfractive\* sur prescription médicale.
- Des forfaits pour la prise en charge d'actes de prévention remboursés ou non par le Régime Obligatoire dont\* : le sevrage tabagique, les vaccins (anti-grippal ou autres), la consultation diagnostic en diététique pour les enfants de moins de 12 ans.
- Différents forfaits\* comme :
  - pilule contraceptive, implant contraceptif, traitements oestro-progestatifs,
  - médecines naturelles (ostéopathes, chiropracteurs).

\* Le forfait correspond au plafond annuel par assuré de remboursement correspondant à la garantie de la formule que vous avez choisie. Dans ce forfait, nos remboursements sont effectués dans la limite des frais réellement engagés et sur justificatifs.



# 1. Les garanties d'assurance

## 1.2 Dépenses de soins remboursées (suite)

### > Les limitations

- Limitation de l'hospitalisation en milieu spécialisé (psychiatrie et assimilée) :  
L'hospitalisation en psychiatrie est prise en charge dans la limite de 30 jours par année d'adhésion, sur la base de 100 % du tarif de responsabilité. Notre prestation est versée selon la formule souscrite sous déduction du remboursement du Régime Obligatoire avec prise en charge du forfait hospitalier et de la chambre particulière.

- Limitation de l'hospitalisation à domicile :  
L'hospitalisation à domicile, avec accord de la Sécurité Sociale et en continuation d'un séjour hospitalier garanti par nos soins est prise en charge dans la limite de 90 jours par année d'adhésion (sur la base de 100 % du tarif de responsabilité et sous déduction du remboursement du Régime Obligatoire).

**Rachat Bonus Fidélité** : il vous est proposé, en option, un rachat du bonus fidélité, ce dernier étant normalement acquis au bout de 3 ans. Ce rachat vous permettra de bénéficier, sauf dispositions contraires mentionnées aux Dispositions Particulières, immédiatement de remboursements majorés en optique, prothèses dentaires et orthodontie.

## 1.3 Assurance du nouveau-né

Le nouveau-né est assuré immédiatement à la condition que l'un des parents ait souscrit le contrat depuis au moins 9 mois et que la demande d'assurance nous soit adressée au plus tard dans les 3 mois qui suivent la naissance.

Dans les autres cas, la garantie du nouveau-né prendra effet à la date de réception de la demande et les délais d'attente seront alors applicables.

Le bulletin de naissance doit être produit comme justificatif de l'événement.

## 1.4 Étendue territoriale de la garantie

La garantie du contrat s'exerce dans l'Union Européenne et la principauté de Monaco. Elle s'étend aux accidents survenus et aux maladies contractées hors de France lorsque le Régime Obligatoire français d'assurance maladie de l'assuré s'applique. Le règlement des prestations est effectué en France et en euros.

## 1.5 Délais d'attente

Les garanties de votre contrat sont, pour la plupart, acquises immédiatement.

### Dans quelques cas, nous intervenons après un délai d'attente :

- De six mois pour les prothèses dentaires, l'implantologie, l'orthodontie et l'optique.
- De neuf mois pour la maternité.

Ce délai d'attente est appliqué à partir de la date d'effet indiquée aux Dispositions Particulières.

### Cas particulier

En cas de diminution des garanties en cours de contrat, les délais d'attente ne sont pas reconduits pour l'assuré à compter de la date d'effet de l'avenant.



## 2. Les services d'assistance

**Pour bénéficier de ces services, il est impératif de nous contacter avant d'engager toute dépense, sous peine de vous voir refuser la prise en charge de vos frais. Les prestataires qui interviennent (aide à domicile, garde d'enfants...) sont choisis par nos soins.**

Pour les contacter, appelez le :

**01 41 85 84 83**

Les services d'assistance sont fournis en France métropolitaine, dans les principautés de Monaco et d'Andorre. Ils sont disponibles 24 H/24, 7 j/7 (à l'exception du service d'information joignable de 8 H à 19 H 30 sauf dimanche et jours fériés).

Vous, votre conjoint ainsi que vos enfants fiscalement à charge et vivant sous le même toit peuvent en bénéficier.

### 2.1 Soutien de l'assuré en cas d'hospitalisation supérieure à 72 H

Pour vous soutenir et venir en aide à votre famille restée seule, nous vous fournissons les prestations suivantes :

#### > Confort hospitalier (TV et téléphone)

Remboursement des frais d'ouverture de ligne téléphonique et frais de location d'un téléviseur sur le lieu d'hospitalisation, à concurrence de 80 euros TTC.

#### > Aide à domicile

Recherche et prise en charge d'une aide ménagère chez vous, soit durant votre hospitalisation, soit pendant votre convalescence (dans les 30 jours qui suivent votre retour d'hospitalisation), à concurrence de 20 heures.

#### > Garde de vos enfants de moins de 16 ans

Au choix :

- Garde à domicile en journée par une personne qualifiée, à concurrence de 20 H.
- Ou, présence d'un proche chez vous, pour prendre soin de vos enfants (organisation et prise en charge du transport aller/retour en France).
- Ou, transfert de vos enfants chez un de vos proches, organisation et prise en charge du transport aller/retour en France (à concurrence de 80 euros TTC par enfant, avec si besoin accompagnement par une hôtesse).

#### > Garde de vos animaux domestiques (Chiens ou Chats exclusivement)

Organisation et prise en charge des frais de garde de vos animaux en chenil pendant 15 jours maximum.

### 2.2 Services au quotidien

#### > Recherche d'une ambulance

Nous organisons votre transport en ambulance ou en véhicule sanitaire léger pour vous conduire jusqu'au centre de soin ou d'examen que vous ou votre médecin nous avez indiqué. Le coût du transport reste à votre charge.

#### > Recherche de médicaments en cas d'immobilisation

Si aucune personne de votre entourage ne peut aller chercher les médicaments qui vous ont été prescrits, un de nos prestataires vous apportera chez vous vos médicaments, après être passé chercher l'ordonnance. Le coût des médicaments reste couvert par la garantie des frais de soins de votre contrat.

#### > Informations pratiques sur les démarches Santé

Nous vous aidons à orienter vos démarches dans le domaine de la santé (prestations Sécurité sociale, accidents de travail, rente d'invalidité, maisons de retraite, associations...). Toutefois, nous ne pouvons en aucun cas être tenu pour responsable de vos interprétations, ni de leurs conséquences éventuelles.

### 2.3 Spécial Enfants : Aide pédagogique aux enfants malades

Nous fournissons une aide pédagogique à votre enfant malade absent plus de 12 jours ouvrés à l'école, afin qu'il puisse poursuivre le programme scolaire (à concurrence de 10 heures par semaine et jusqu'à la reprise des cours).

#### > Modalités

Les cours sont dispensés chez vous par des enseignants, hors périodes de vacances scolaires, et au maximum jusqu'à la fin de l'année scolaire en cours.

Ils sont fournis du cours préparatoire à la terminale, en mathématiques, physique, français, anglais, espagnol ou allemand (par tranche de 4 heures minimum par matière).

Nous nous engageons à mettre en place l'aide pédagogique sous 3 jours ouvrés suivant la demande, sous réserve de fourniture d'un certificat médical attestant l'absence scolaire de plus de 12 jours ouvrés.



## 2. Les services d'assistance

### 2.4 Spécial Femmes

#### > Accompagnement naissance

##### **Aide-puéricultrice ou aide à domicile**

Pour vous aider à vous occuper de votre nourrisson, nous recherchons et prenons en charge (dans les deux mois suivant la naissance) selon votre choix :

- Une aide-puéricultrice, une sage-femme ou une infirmière à concurrence de 8 heures,
- Ou une aide ménagère chez vous, à concurrence de 20 heures.

##### **Soutien en cas d'hospitalisation du nouveau-né**

S'il est nécessaire que votre nouveau-né soit maintenu plus de 20 jours dans un centre hospitalier (grand prématuré nécessitant des soins en couveuse, enfant présentant une déficience congénitale ou acquise des capacités physiques ou mentales), vous bénéficiez des services suivants :

- Présence aux côtés de l'enfant hospitalisé : prise en charge de 5 nuits d'hôtel à concurrence de 60 euros par nuit.
- Soutien psychologique 24 H/24 : notre service Écoute et Accueil Psychologique vous permet à tout moment de contacter des psychologues cliniciens par téléphone.

En fonction de votre situation et de votre demande, un rendez-vous pourra être aménagé afin de rencontrer près de chez vous, un psychologue diplômé d'état.

#### > Soutien en cas d'alitement pendant votre grossesse

##### **Aide à domicile**

Recherche et prise en charge d'une aide ménagère chez vous, à concurrence de 20 heures.

##### **Garde de vos enfants de moins de 16 ans**

Selon votre situation :

- Garde à domicile en journée par une personne qualifiée, à concurrence de 20 heures.
- Ou présence d'un proche chez vous, pour prendre soin de vos enfants (organisation et prise en charge du transport aller/retour en France).
- Ou transfert de vos enfants chez un de vos proches (organisation et prise en charge du transport aller/retour en France (à concurrence de 80 euros TTC par enfant, avec si besoin accompagnement par une hôtesse).



## 3. La Protection juridique médicale

### 3.1 Prise d'effet et durée de la garantie

Sans déroger aux conditions d'intervention ci-dessous, la garantie "Protection Juridique Médicale" prend effet dans les mêmes conditions que les garanties principales du contrat ATOLL Santé de Generali.

Les garanties prennent fin dès que l'assuré n'est plus affilié au contrat ATOLL Santé de Generali, pour quelque cause que ce soit et notamment en cas de résiliation de ce même contrat.

La garantie accordée peut être résiliée par Generali indépendamment du contrat ATOLL Santé, et ferait en ce cas l'objet d'une information préalable.

### 3.2 Domaines d'intervention de la garantie

#### > Information juridique

En vue de prévenir la réalisation d'un sinistre ou quand vous avez besoin d'une information sur la législation relative à la Santé et son environnement, ou en rapport avec le code de la Santé Publique, ou bien avec le Code de la Sécurité Sociale, nous vous renseignons, du lundi au vendredi, à l'exception des jours fériés, de 9 H à 18 H, sur simple appel au 01 58 38 65 66 (tarif normal de votre opérateur).

Numéro de convention à rappeler : « ATOLL Santé – AB004086 ».

#### > Assistance juridique

##### Garantie « Soins »

Nous intervenons pour obtenir la réparation de vos préjudices consécutifs à une erreur, omission, ou manquement, caractérisant le non respect de l'obligation de moyen à la charge du Professionnel de Santé (médecin généraliste ou spécialiste, établissement de soins ou de repos, privé ou public) qui vous a délivré les soins.

Nous intervenons également dans le cadre de la Loi du 4 Mars 2002 relative au droit des malades, à la qualité du système de santé, et lors des procédures d'indemnisation de l'aléa thérapeutique.

##### Garantie « Sécurité Sociale »

Nous intervenons si vous êtes confronté à un litige avec la Sécurité Sociale relatif au remboursement d'une prestation.

Lorsque vous êtes confronté à un litige garanti, nous nous engageons

- après examen du dossier en cause, à vous conseiller sur la portée ou les conséquences de l'affaire au regard de vos droits et obligations,
- chaque fois que cela est possible, à vous fournir notre assistance au plan amiable, en vue d'aboutir à la solution la plus conforme à vos intérêts,
- en cas de besoin, à prendre en charge dans les conditions prévues ci-après, les dépenses nécessaires à l'exercice ou à la défense de vos droits à l'amiable ou devant les juridictions compétentes.

### 3.3 Conditions de la garantie

Les garanties sont acquises sous les conditions suivantes :

- La cause du dommage à l'origine du préjudice doit être postérieure à la date d'effet de votre contrat ATOLL Santé de Generali.
- Le litige doit être déclaré à l'Assureur entre cette date et celle de cessation des garanties, et en tout état de cause, dès que l'Assuré en a connaissance, et au plus tard dans les six mois de sa survenance.
- Il doit en outre nous être déclaré, sous peine de non garantie, avant d'engager une procédure judiciaire.

- Le montant du préjudice personnel de l'Assuré en principal doit être supérieur à 800 euros, pour tenter une action en recours.
- Le responsable du dommage doit être un Professionnel ou Établissement de soins, conventionné ou non, mais reconnu par la nomenclature légale de la Sécurité Sociale.
- Le litige doit relever de la compétence d'une juridiction d'un pays membre de l'Union Européenne.

### 3.4 Étendue de la garantie

#### > Garantie financière

En cas de sinistre garanti, nous prenons en charge :

- au plan amiable, les honoraires d'expert ou de spécialiste que nous mandatons ou que vous pouvez mandater avec notre accord préalable et formel, et ce, à concurrence maximale du montant de remboursement fixé au tableau « Montant de la garantie ».
- au plan judiciaire,
  - les frais de constitution du dossier de procédure tels que les frais de constat d'huissier engagés avec notre accord préalable et formel,

- les frais taxables d'huissier de justice ou d'expert judiciaire mandaté dans l'intérêt de l'assuré et dont l'intervention s'avère nécessaire à la poursuite de la procédure garantie, et ce, à concurrence maximale du montant de remboursement fixé au tableau « Montant de la garantie ».
- les honoraires et les frais non taxables d'avocat, comme il est précisé au tableau « Montant de la garantie ».

Les frais de consultation juridique ou d'acte de procédures réalisés avant déclaration du sinistre ne sont pas pris en charge sauf si vous pouvez justifier de l'urgence à les avoir engagés.



## 3. La Protection juridique médicale

### 3.4 Étendue de la garantie (suite)

#### > Garantie financière

Montant maximum des remboursements TTC par litige	
<b>Assistance</b>	
• Intervention Amiable	150 euros (1)
• Médiation Civile ou Pénale	500 euros (1)
• Commission	400 euros (1)
• Tout Autre Intervention	200 euros (3)
<b>Procédures</b>	
• Référé ou Requête	500 euros (2)
• Juge de Proximité, Tribunal d'Instance	650 euros (3)
• Assistance à une Expertise Judiciaire ou à une Mesure d'Instruction	400 euros (1)
• Tribunal de Police, Juge ou Tribunal pour Enfants	500 euros (3)
• Tribunal Correctionnel	850 euros (3)
• Tribunal de Grande Instance	1 200 euros (3)
• Tribunal Administratif	850 euros (3)
• Tribunal des Affaires de Sécurité Sociale	850 euros (3)
• Juge de l'Exécution	450 euros (3)
<b>Hauts juridictions</b>	
• Cour d'Appel	1 050 euros (3)
• Cour de Cassation ou Conseil d'État	2 100 euros (3)
<b>Toute Autre Jurisdiction</b>	650 euros (3)
<b>Transaction Amiable</b>	
• menée à son terme, sans protocole signé	500 euros (3)
• menée à son terme et ayant abouti à un protocole signé par les parties et agréé par EPJ	1 000 euros (3)
<b>Expertises Médicales</b>	
Frais d'une Expertise Médicale amiable	400 euros (3)
Frais d'une Expertise Médicale Judiciaire	800 euros (3)

(1) par intervention (2) par décision (3) par affaire

Les plafonds d'assurances ainsi prévus comprennent les frais divers (déplacement, secrétariat, photocopies), les taxes et impôts, et constituent le maximum de notre engagement.

Tous frais confondus, notre garantie financière est limitée à 20 000 euros TTC par litige.

En cas de litiges mettant en cause plusieurs assurés face à un même tiers responsable d'un même fait générateur, les différentes réclamations ne constituent qu'un seul et même dossier. La garantie est portée à 40 000 euros, quel que soit le nombre de victimes garanties.

En revanche nous ne garantissons pas :

- le principal, les frais et intérêts, les dommages et intérêts, les astreintes, les amendes pénales, fiscales ou civiles et assimilées,
- les dépens prévus aux articles 695 et suivants du Code de Procédure Civile, ou les condamnations prévues à l'Article 700 du même Code, aux Articles 475.1 ou 800.2 du Code de Procédure Pénale, et de l'Article L 761.1 du Code de la Justice Administrative,
- tout honoraire ou émolument dont le montant ne serait fixé qu'en fonction du résultat obtenu.

### 3.5 Libre choix

Si dans le cadre du traitement de votre sinistre, il est nécessaire de faire appel à un avocat, vous fixez de gré à gré avec celui-ci le montant de ses honoraires et frais.

Vous disposez, en cas de sinistre (comme dans l'éventualité d'un conflit d'intérêt survenant entre nous à l'occasion dudit sinistre), de la possibilité de choisir librement l'avocat dont l'intervention s'avère nécessaire pour transiger, vous assister ou vous représenter en justice. Cette faculté de libre choix s'exerce à votre profit, selon l'alternative suivante :

1. Si vous faites appel à votre avocat, vous lui réglez directement ses frais et honoraires. Vous pouvez nous demander le remboursement desdits frais et honoraires, dans la limite des plafonds fixés au tableau « Montant de la garantie ». Les indemnisations sont alors effectuées dans un délai de 4 semaines à réception des justificatifs de votre demande à notre Siège Social. Sur demande expresse de votre part, nous pouvons adresser le règlement de ces sommes directement à votre Avocat dans les mêmes limites contractuelles.



## 3. La Protection juridique médicale

### 3.5 Libre choix (suite)

En cas de paiement par l'assuré d'une première provision à son avocat, l'assureur peut régler une avance sur le montant de cette provision, égale à la moitié des plafonds fixés au tableau « Montant de la garantie », le solde étant réglé à l'issue de la procédure.

Attention : sous peine de non-paiement des sommes contractuelles, vous devez :

- obtenir notre accord exprès avant la régularisation de toute transaction avec la partie adverse,

- joindre les notes d'honoraires acquittées, accompagnées de la copie intégrale de toutes pièces de procédure et décisions rendues ou du protocole de transaction signé par les parties.

2. Si vous nous demandez l'assistance de notre Avocat correspondant habituel (mandaté par nos soins suite à un écrit de votre part), nous réglons directement ses frais et honoraires dans la limite des plafonds d'assurance fixés au tableau « Montant de la garantie ».

### 3.6 Fonctionnement de la garantie

#### > Déclaration du sinistre

Pour nous permettre d'intervenir efficacement, déclarez-nous votre sinistre dans les plus brefs délais. Vous devez faire votre déclaration par écrit auprès de notre Siège Social :

Européenne de Protection Juridique  
7, Boulevard Haussmann  
75442 Paris Cedex 09  
Tél : 01 58 38 65 66  
Fax : 01 58 38 28 67

Numéro de convention à rappeler : « Atoll Santé – AB004086 ».

#### > Mise en œuvre de la garantie

A réception, votre dossier est traité par notre Département Juridique comme il suit :

- Nous vous faisons part de notre position quant à la garantie, étant entendu que nous pouvons vous demander de nous fournir, sans restriction ni réserve, toutes les pièces se rapportant au litige ainsi que tout renseignement complémentaire en votre possession. Conformément aux dispositions de l'Article L 127.7 du Code des Assurances, nous sommes tenus en la matière à une obligation de Secret Professionnel.
- Nous vous donnons notre avis sur l'opportunité de transiger ou d'engager une instance judiciaire, en demande comme en défense. Les cas de désaccord à ce sujet sont réglés selon les modalités prévues au paragraphe « Conflit d'intérêt et arbitrage ».

#### > Direction du procès

En cas de procédure judiciaire, la direction du procès vous appartient, assisté de votre avocat. Vous ne pouvez pas dessaisir l'avocat librement choisi sans avoir au préalable obtenu notre accord.

#### > Exécution des décisions de justice et subrogation

Dans le cadre de notre garantie, nous prenons en charge la procédure d'exécution de la décision de justice rendue en votre faveur.

Lorsque la partie adverse est condamnée aux dépens de l'instance nous sommes intégralement subrogés dans vos droits.

Lorsqu'il vous est alloué toute indemnité par application des dispositions de l'Article 700 du Code de Procédure Civile, de l'Article 475.1 ou 800.1 et 800.2 du Code de Procédure Pénale ou de l'Article L 761.1 du Code de la Justice administrative, et après vous avoir désintéressé des frais de justice que vous aurez personnellement engagés, nous sommes subrogés dans vos droits sur ces allocations jusqu'à concurrence des sommes exposées au titre de notre garantie.

#### > Conflit d'intérêt et arbitrage

Conformément aux dispositions de l'article L 127-4 du Code des assurances et dans la limite des plafonds de remboursement figurant au tableau « Montant de la garantie », vous avez la faculté de choisir un avocat ou une personne qualifiée pour vous assister s'il survient un conflit d'intérêt manifeste entre nous lors de la déclaration du sinistre, ou au cours du déroulement des procédures de règlement de ce sinistre, notamment lorsque le tiers auquel vous êtes opposé est assuré par nous.

En revanche, les cas de désaccord entre nous sur les mesures à prendre pour régler le litige, objet du sinistre garanti, sont toujours résolus en ayant recours à un arbitrage selon les règles suivantes :

- vous pouvez soumettre le point de divergence à l'arbitrage d'un conciliateur désigné de commun accord, ou à défaut, par le Président du Tribunal de Grande Instance de votre domicile statuant en la forme des référés ;
- les frais exposés pour la mise en œuvre de cette faculté sont à notre charge, sauf si le Président du Tribunal de Grande Instance en décide autrement en regard du caractère abusif de votre demande ;
- si, malgré l'avis défavorable du conciliateur, vous engagez ou poursuivez à vos frais une procédure et obtenez une solution plus favorable, nous vous indemnisons des frais exposés pour cette action, dans la limite de la garantie.

Conformément à l'article L 322.2-3 du Code des assurances, l'article 5 de la loi n° 89-1014 du 31 décembre 1989 sur l'assurance de Protection Juridique s'applique au présent chapitre.



## 4. Les exclusions du contrat

### 4.1 Les exclusions des garanties d'assistance

Les exclusions ci-après sont applicables exclusivement aux garanties d'assistance.

Pour la garantie d'assurance des frais de soins, en cas de survenance de l'un des événements ci-après, le contrat les prend en charge selon les modalités de l'article 1.1 "objet du contrat".

**Ne sont jamais garantis :**

- Les maladies ou accidents ainsi que leurs suites et conséquences résultant :
  - d'un acte intentionnel de l'assuré,
  - de la participation à des actes de terrorisme ou de sabotage, à des émeutes ou mouvements populaires,
  - de la guerre civile ou étrangère,
  - de la désintégration du noyau de l'atome, de l'émission de radiations ionisantes,
  - de la pratique de sports, soit à titre professionnel, soit à titre d'amateur avec compétitions nationales,
  - de la pratique des sports aériens et apparentés (deltaplane, saut à l'élastique, parachutisme, parapente).

- Les frais engagés sans l'accord préalable d'EUROP ASSISTANCE France.
- Les cas dans lesquels nous ne recevons pas les justificatifs nécessaires attestant de votre situation.
- Les affections ou lésions bénignes ne justifiant pas une immobilisation à domicile.
- Les maladies mentales ayant déjà fait l'objet d'un traitement.

Nous ne pouvons être tenus pour responsables des manquements à l'exécution de nos obligations, résultant de cas de force majeure ou d'événements tels que l'instabilité politique notoire, la restriction à la libre circulation des personnes et des biens, les grèves, les explosions, les catastrophes naturelles, ni des retards dans l'exécution des prestations résultant de ces mêmes causes.

### 4.2 Exclusions Protection Juridique

En sus des exclusions de l'article 4.1 ci-dessus, ne sont pas couverts les litiges ne pouvant répondre aux conditions définies aux articles 3.1, 3.2 et 3.3 des présentes.

**De plus, la garantie ne s'applique pas :**

- **aux litiges dont vous aviez connaissance lors de la souscription, ou lors de votre adhésion au contrat,**

- **aux sinistres dont le fait générateur est antérieur à la souscription du présent contrat ou à votre adhésion,**

de plus, les frais de consultation juridique ou d'actes de procédure réalisés avant déclaration du sinistre ne sont pas pris en charge sauf si vous pouvez justifier de l'urgence à les avoir engagés.





## 5. La vie du contrat

### 5.1 Vos déclarations

Le contrat est établi d'après vos déclarations et la cotisation est fixée en conséquence.

#### > Que devez-vous nous déclarer ?

##### À la souscription :

Vous devez répondre avec précision aux questions et demandes de renseignements figurant dans la proposition d'assurance.

##### En cours de contrat :

Vous devez nous déclarer pour toutes les personnes couvertes par le contrat :

- Un changement de domicile.
- Un changement de situation familiale (naissance, mariage, décès).
- Un changement de situation au regard du Régime Obligatoire d'assurance maladie.

Ces déclarations doivent parvenir à notre siège social ou à notre représentant par lettre recommandée dans les 15 jours qui suivent votre connaissance de l'un de ces événements.

##### À la souscription ou en cours de contrat :

Vous devez nous déclarer les garanties couvrant des risques de même nature souscrits auprès d'autres assureurs.

Toute réticence, omission ou déclaration inexacte des circonstances du risque connues de vous, entraînent l'application des sanctions prévues par le Code des assurances.

### 5.2 Formation, durée, résiliation

Le contrat est régi par le Code des assurances selon les modalités prévues aux articles précisés dans le texte qui suit.

#### > Quand le contrat prend-il effet ?

Le contrat prend effet à la date indiquée aux Dispositions Particulières.

#### > Quelle est la durée du contrat ?

Le contrat est conclu pour la durée indiquée aux Dispositions Particulières par une mention en caractères très apparents figurant juste au-dessus de votre signature. Sauf dispositions contraires, il se renouvelle chaque année de façon automatique. Il peut être dénoncé par vous, moyennant un préavis de deux mois au moins avant la date d'échéance annuelle.

#### > Comment résilier le contrat ?

Votre contrat peut être résilié dans les circonstances et les délais indiqués au tableau ci-contre.

##### Formes de la résiliation :

Lorsque la résiliation est de **votre fait**, elle doit se faire par lettre recommandée ou par déclaration faite contre récépissé au siège ou chez le représentant de notre Société.

Lorsque la résiliation est de **notre fait**, elle doit se faire par lettre recommandée envoyée à votre dernier domicile connu.

##### Date d'envoi de la lettre de résiliation :

Pour **Vous** : la date retenue est la date d'expédition, le cachet de la poste faisant foi.

Pour **Nous** : la date retenue est la date de réception chez vous de la lettre de résiliation.

##### Conséquences de la résiliation :

Notre garantie reste acquise pour tous les soins et traitements en cours jusqu'à la date de prise d'effet de la résiliation.

Toutefois, si la formule de garantie souscrite prévoit une garantie "Indemnité de naissance", celle-ci est due pour toute naissance survenue dans les neuf mois suivant la date d'effet de la résiliation.



## 5. La vie du contrat

### 5.2 Formation, durée, résiliation (suite)

Pour quels motifs ?	Qui peut résilier ?	Selon quelles modalités ?	Date d'effet de la résiliation
Non reconduction du contrat	VOUS	Au plus tard 2 mois avant l'échéance principale prévue aux Dispositions Particulières.	Au jour de l'échéance principale à 0 heure.
Changement de domicile, de situation matrimoniale, de profession, retraite ou cessation d'activité professionnelle, lorsque le contrat a pour objet la garantie de risques en relation directe avec la situation antérieure et qui ne se retrouvent pas dans la situation nouvelle (article L 113-16).	VOUS ET NOUS	Dans les 3 mois qui suivent la date de l'événement (dont vous devez nous informer) .	1 mois après l'envoi de la lettre de résiliation.
Augmentation de tarif pour des motifs à caractère technique.	VOUS	Dans le mois qui suit la date où vous avez eu connaissance de cette augmentation.	1 mois après la réception de votre lettre de résiliation.
En cas de diminution du risque et que nous ne réduisons pas votre cotisation en conséquence (article L 113-4).		Dans le mois où vous avez eu connaissance de vos nouvelles garanties et tarifs.	1 mois après l'envoi de votre lettre de résiliation.
Résiliation par nous d'un autre de vos contrats après sinistre (article R 113-10).		Dans le mois qui suit l'envoi de notre lettre de résiliation du contrat résilié.	1 mois après l'envoi de votre lettre de résiliation du présent contrat.
Non-paiement des cotisations (article L 113-3).	NOUS	Au plus tôt 10 jours après l'échéance.	40 jours après l'envoi de notre lettre de résiliation si la prime n'est pas régularisée.
Omission ou inexactitude dans la déclaration des risques (article L 113-8).		Dès que nous en avons connaissance, mais avant tout sinistre.	10 jours après l'envoi de notre lettre de résiliation.
Retrait total de l'agrément de notre société.	RÉSILIATION DE PLEIN DROIT		Le 40 <sup>ème</sup> jour à midi après la publication au Journal Officiel de l'arrêté prononçant le retrait de l'agrément administratif de notre société.
Décès du souscripteur.			À l'échéance suivante. Si il y a plusieurs assurés, le contrat est adapté à cette échéance pour assurer un maintien des garanties.
Départ de la France métropolitaine, Andorre, Monaco pour une durée supérieure à un an.			Au bout d'un an.



## 5. La vie du contrat

### 5.3 Cotisation

La cotisation est fixée à la souscription en fonction de la formule de garantie choisie, de votre âge, de votre Régime Obligatoire et du lieu de domicile du souscripteur. Elle ne dépend pas de votre état de santé.

#### > Révision du tarif

Le tarif sera révisé annuellement en fonction de l'évolution de ces critères et pour les motifs suivants :

Motifs techniques, législatifs ou réglementaires	Date d'effet des révisions
<b>Résultats techniques</b> La cotisation peut être révisée en fonction des résultats techniques du portefeuille des contrats.	À l'échéance principale.
<b>Modification de remboursement de votre Régime Obligatoire</b> La cotisation peut être révisée en contrepartie du maintien de votre niveau de remboursement global.	À l'échéance qui suit la modification.
<b>Modification des taxes d'assurance</b> La cotisation peut être révisée selon l'impact des décisions des pouvoirs publics.	À l'échéance qui suit la modification.

#### > Paiement de la cotisation

La cotisation se paie annuellement et d'avance au Siège, à l'agence ou à l'adresse commerciale du représentant de la Compagnie.

Vous pouvez bénéficier d'un paiement fractionné de cette cotisation.

Si vous ne payez pas la cotisation dans les 10 jours de son échéance, nous pouvons - indépendamment de notre droit de vous poursuivre en justice - vous adresser une lettre recommandée valant mise en demeure à votre dernier domicile connu. Les garanties de votre contrat seront alors suspendues trente jours après l'envoi de cette lettre.

La suspension de garanties entraîne, pour chaque assuré, la perte de tout droit aux prestations se rapportant à des accidents ou des maladies survenus pendant la période de suspension.

#### > Variation de la cotisation

En cours de contrat, la cotisation évolue à chaque échéance principale en fonction de l'âge de l'assuré.

La cotisation peut aussi varier en cas de changement de domicile, s'il y a changement de zone tarifaire.

La cotisation évolue aussi en fonction de l'augmentation des dépenses de santé de notre portefeuille de contrats.

Nous avons le droit de résilier votre contrat dix jours après l'expiration du délai de trente jours précité, par une nouvelle lettre recommandée.

Dans ce cas, nous conserverons, à titre de dommages et intérêts, la portion de cotisation relative à la période postérieure à la date d'effet de la résiliation.

#### > Prélèvement

Si vous avez opté pour le prélèvement des cotisations, sachez que ce prélèvement cessera dès qu'un prélèvement sera refusé par votre établissement bancaire.

L'intégralité de la cotisation annuelle déduction faite des fractions déjà payées, deviendra alors immédiatement exigible.

### 5.4 Règlement des prestations

#### > Quelles sont vos obligations ?

Toutes les pièces concernant un accident ou une maladie doivent nous être remises trois mois au plus tard après la fin du traitement. Si le traitement dure plus de trois mois, vous devez nous prévenir au plus tard le quatrième mois.

En cas de non respect de ces obligations, sauf cas de force majeure, la garantie ne vous sera pas acquise, dès lors que ce retard nous aura causé un préjudice.

#### > Justificatifs à produire

Pour obtenir le remboursement choisi, il vous suffit d'envoyer au Siège de la Compagnie les décomptes du Régime Obligatoire justifiant les prestations qui vous ont été servies.

Ces décomptes doivent être accompagnés du formulaire de demande de remboursement de frais médicaux que vous aurez rempli et signé. Seuls les décomptes originaux tiennent lieu de justificatifs.

Toutefois, nous nous réservons le droit de demander tout autre justificatif qui nous semblerait nécessaire (factures détaillées, notes d'honoraires...).

L'assuré qui emploie ou produit intentionnellement des documents inexacts ou frauduleux sera déchu de tout droit à garantie pour le sinistre dont il s'agit.



## 5. La vie du contrat

### 5.4 Règlement des prestations (suite)

#### > L'expertise

##### 1. Renseignements supplémentaires

- Notre médecin conseil peut vous demander tout renseignement complémentaire sur la maladie ou l'accident traité, il peut être amené à vous demander de répondre à un questionnaire ou de fournir des documents médicaux spécifiques.
- Vous pouvez lui communiquer ces renseignements directement ou par le biais de votre médecin.

##### 2. Expertise

- En cas de contestation d'ordre médical, le différend est soumis à une expertise amiable avant tout recours à la voie judiciaire.
- Chacun de nous choisit un médecin expert devant régler le différend. À défaut d'accord entre eux, ceux-ci s'adjoignent un troisième expert et tous trois opèrent en commun et à la majorité des voix. Les honoraires du tiers médecin sont supportés à charge égale par les deux parties.

#### > Remboursement des prestations

Les dépenses de prestations sont remboursées en fonction de la garantie que vous avez souscrite et qui figure aux Dispositions Particulières.

Ce remboursement est appliqué séparément pour chaque poste de frais pris en charge par le Régime Obligatoire.

Les prestations sont réglées dans les quinze jours qui suivent soit la remise des justificatifs, soit l'accord amiable, soit la décision judiciaire exécutoire.

Le règlement des prestations est toujours subordonné au remboursement préalable de votre Régime Obligatoire, sauf dispositions contraires figurant au tableau des garanties, notamment en optique et pour les actes de prévention.

### 5.5 Subrogation

En vertu du Code des assurances, nous sommes subrogés dans vos droits et actions envers tout responsable jusqu'à concurrence de l'indemnité versée par nous.

### 5.6 Prescription

Toutes les actions concernant ce contrat qu'elles émanent de vous ou de nous, ne peuvent être exercées que pendant un délai de deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

#### La prescription peut être interrompue par :

- Désignation d'expert.

- Envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par nous en ce qui concerne le paiement de la cotisation et par vous en ce qui concerne le règlement d'un sinistre.
- Saisine d'un tribunal, même en référé.
- Toute autre cause ordinaire.

Si vous avez souscrit les garanties de manière dolosive ou frauduleuse, les sanctions prévues au Code des assurances sont applicables.

### 5.7 Information de l'Assuré

#### > Examen des réclamations et procédure de médiation

**Lorsque vous souhaitez obtenir des précisions sur les clauses d'application de votre contrat notamment à la souscription ou en cas de sinistre, contactez votre interlocuteur habituel (agent ou courtier).**

**Il est en mesure d'étudier toutes vos questions et demandes.**

En cas de désaccord, vous pouvez adresser une réclamation **écrite** avec le motif du litige et les références du dossier à :

Generali  
SERVICE RÉCLAMATIONS  
7 boulevard Haussmann  
75456 PARIS CEDEX 09  
[servicereclamations@generali.fr](mailto:servicereclamations@generali.fr)

**Nous nous engageons à traiter votre réclamation le plus rapidement et le plus objectivement possible.**

Si un désaccord devait persister, les particuliers ont la faculté de faire appel au médiateur de la compagnie, et ceci, sans préjudice des autres voies d'actions légales. Les conditions d'accès à ce médiateur, ses coordonnées ainsi que la procédure à suivre vous seront communiquées par le Service Réclamations.

#### > Droit d'accès aux informations enregistrées

Vous pouvez nous demander communication et rectification de toute information vous concernant qui figurerait sur tout fichier à usage de Generali, ses mandataires et ses réassureurs et des organismes professionnels, en nous écrivant à l'adresse suivante :

Generali  
7 boulevard Haussmann  
75456 Paris Cedex 09

