

SOMMAIRE

<b>LEXIQUE</b>	<b>6</b>
<b>PREAMBULE</b>	<b>7</b>
<b>ART.1 - OBJET DU CONTRAT</b>	<b>8</b>
<b>ART.2 - NATURE DES GARANTIES DU CONTRAT</b>	<b>8</b>
<b>ART.3 - QUI PEUT ADHERER AU CONTRAT ?</b>	<b>9</b>
<b>ART.4 - PERSONNES ASSUREES ET AGE LIMITE D'ADHESION</b>	<b>9</b>
<b>ART.5 - EFFET, DUREE ET RENOUVELLEMENT DE L'ADHESION</b>	<b>9</b>
<b>ART.6 - CONCLUSION, PRISE D'EFFET, DELAIS D'ATTENTE</b>	<b>9</b>
<b>ART.7 - TERRITORIALITE</b>	<b>9</b>
<b>ART.8 - LES EXCLUSIONS ET LES LIMITATIONS</b>	<b>9</b>
<b>ART.9 - VOS DECLARATIONS</b>	<b>10</b>
9.1 - A l'adhésion	10
9.2 - En cours d'adhésion	10
9.3 - Les autres documents à nous transmettre	10
9.4 - Validité de vos déclarations	10
<b>ART.10 - VOS COTISATIONS</b>	<b>10</b>
10.1 - La base de calcul et le montant de vos cotisations	10
10.2 - La variation de vos cotisations	11
10.3 - Le paiement de vos cotisations	11
10.4 - Le non-paiement de vos cotisations	11
<b>ART.11 - LA MODIFICATION DE VOS GARANTIES</b>	<b>11</b>
<b>ART.12 - QUELLES SONT VOS GARANTIES ?</b>	<b>11</b>
12.1 – Votre Garantie Santé	11
<b>LES SERVICES COMPLÉMENTAIRES SANTÉ PROPOSÉS</b>	<b>12</b>
<b>ART.13 - COMMENT OBTENIR LE REGLEMENT DE VOS PRESTATIONS</b>	<b>12</b>
<b>ART.14 - RESILIATION</b>	<b>13</b>
14.1 - L'adhésion peut être résiliée :	13
14.2 - Les modalités de la résiliation	13
14.3 - Les conséquences de la résiliation	14
14.4 Conséquences en cas d'exercice du droit à renonciation.	14
<b>ART.15 - PRESCRIPTION</b>	<b>14</b>
<b>ART.16 - SUBROGATION</b>	<b>15</b>
<b>ART.17 - INFORMATIQUE ET LIBERTE</b>	<b>15</b>
17.1 - Identification du responsable de traitement	15
17.2 - Les finalités du traitement et les bases juridiques du traitement	15
17.4 - Clause spécifique relative à la fraude	16
17.5 - Clause spécifique relative aux obligations règlementaires	16
17.6 - Les destinataires ou les catégories de destinataires	16
17.7 - Localisation des traitements de vos données personnelles	16
17.8 - Les durées de conservation	16
17.9 - L'exercice des droits	16
<b>ART.18 – RECLAMATIONS – MEDIATION</b>	<b>17</b>
<b>ART.19 - AUTORITE DE CONTROLE</b>	<b>17</b>
<b>ART.20 - POSSIBILITE DE RENONCIATION</b>	<b>17</b>

## NOTICE D'INFORMATION HEXASANTE\_11.2018

Notice d'information Relative aux contrats collectifs à adhésion facultative **HEXASANTE** n°AQ 000 975 et n°AQ 000 977 (contrats responsables) et n°AQ 000 976 et n°AQ 000 978 (contrats non responsables) souscrits par **GMPA** (Groupement Prévoyance Maladie Accident), association loi 1901 - 75447 Paris Cedex 09, auprès de **L'ÉQUITÉ**, l'Assureur, entreprise régie par le Code des assurances - S.A au capital de 22 469 320 € - Siège : 2 rue Pillet-Will – 75009 Paris, **Société appartenant au Groupe Generali, immatriculé sur le registre italien des groupes d'assurances sous le numéro 026.**

Le contrat HEXASANTE a été développé et négocié par CEGEMA qui le :

- distribue à titre exclusif via son propre réseau commercial et un réseau d'intermédiaires d'assurances partenaires,
- et en assure la gestion par délégation de l'Assureur.

### LEXIQUE

Chaque terme ou expression mentionné(e) ci-dessous a, lorsqu'il (elle) est employé(e) avec une majuscule, la signification suivante :

#### **Adhérent :**

La personne physique signant la demande d'adhésion au contrat d'assurance souscrit par CEGEMA ou l'Association et désignée au Certificat d'adhésion. Elle est responsable de la déclaration du risque et des obligations définies au contrat.

#### **Accident :**

Toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'assuré provenant exclusivement de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure.

#### **Assuré :**

La (ou les) personne(s) garantie(s) par l'adhésion et désignée(s) au Certificat d'adhésion.

#### **Année d'assurance :**

Période de 12 mois successifs à partir de la date de prise d'effet de l'adhésion.

#### **Base de remboursement :**

L'ensemble des tarifs de base utilisés par le Régime Obligatoire pour le calcul de ses remboursements.

On parle de :

- Tarif de Convention (TC) lorsque les actes sont effectués par un professionnel conventionné. Il s'agit d'un tarif résultant d'une convention signée entre l'assurance maladie obligatoire et les représentants des professions concernées par cette convention.
- Tarif d'Autorité (TA) pour les actes pratiqués par des professionnels de santé non conventionnés. Il s'agit d'un tarif forfaitaire servant de base de remboursement pour les actes pratiqués par des professionnels non conventionnés avec l'assurance maladie obligatoire. Ce tarif est très inférieur au tarif de convention.
- Tarif de Responsabilité (TR) pour les médicaments, appareillages et autres biens médicaux.

#### **Catégories de médecins**

Il existe plusieurs catégories de médecins selon qu'ils aient adhéré ou non aux conventions nationales entre leur profession et les Régimes Obligatoires d'assurance maladie.

**Médecin conventionné en secteur 1 :** il s'est engagé à pratiquer les honoraires fixés par la convention médicale dont il dépend et qui correspondent à la base de remboursement du Régime Obligatoire.

**Médecin conventionné en secteur 1 avec Dépassement Permanent (DP) :** en raison de ses titres, il a reçu l'autorisation de pratiquer des dépassements dans certaines conditions. Ces dépassements ne sont pas remboursés par le Régime Obligatoire.

**Médecin conventionné en secteur 2 :** il est autorisé à pratiquer des honoraires libres à condition qu'ils soient fixés avec « tact et mesure ». Ces dépassements ne sont pas remboursés par le Régime Obligatoire. Cette possibilité de facturer des dépassements est aussi accordée aux chirurgiens-dentistes sur les tarifs des prothèses dentaires et de l'orthodontie.

**Médecin conventionné ayant souscrit à l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM ou OPTAM-CO) :** en souscrivant à l'option pratique tarifaire maîtrisée (anciennement contrat d'accès aux soins) définie par la convention médicale, le médecin peut pratiquer des dépassements d'honoraires mais il s'engage à modérer et stabiliser ses tarifs.

**Médecin non conventionné :** il a choisi de se dégager personnellement de la convention. Il fixe lui-même son tarif. Les actes sont remboursés sur la base du tarif d'autorité.

#### **Centre hospitalier spécialisé (CHS) :**

Etablissement hospitalier qui prend en charge les maladies ou déficiences non somatiques (troubles psychiatriques, déficiences mentales, addictions...)

#### **Certificat d'adhésion :**

Document envoyé à l'Adhérent après acceptation de sa demande d'adhésion. Il mentionne entre autres la formule de garanties souscrite et le montant de la cotisation.

#### **Conclusion de l'adhésion :**

L'adhésion est conclue par l'accord entre l'Adhérent et l'Assureur. La date de conclusion correspond à la date d'édition du certificat d'adhésion.

#### **Conjoint :**

Est considéré comme conjoint, l'époux ou l'épouse de l'Assuré, non divorcé, ni séparé de corps judiciairement, ou son cosignataire d'un pacte civil de solidarité, ou son concubin notoire non séparé de corps judiciairement, au sens du code civil.

#### **Délai d'attente :**

Période durant laquelle les garanties ne sont pas encore en vigueur, les dépenses de soins relatives à tout événement survenu pendant le délai d'attente ne seront pas garanties. Le point de départ de cette période est la date d'effet indiquée au Certificat d'adhésion.

#### **Dépassement d'honoraires :**

La partie des honoraires dépassant la base de remboursement du Régime Obligatoire d'assurance maladie et qui n'est jamais remboursée par ce dernier.

#### **Échéance principale :**

Date de renouvellement de l'adhésion et date à partir de laquelle la cotisation est due pour l'année d'assurance à venir.

#### **Enfants :**

Sont considérés comme tels les enfants à charge de l'Adhérent ou du conjoint, à condition toutefois :

- Qu'ils aient moins de 21 ans et qu'ils soient à leur charge au sens de la Sécurité sociale ou
- Qu'ils aient moins de 27 ans et poursuivent des études scolaires ou universitaires, et soient couverts par le Régime de leurs parents ou par leur Régime, et sous réserve qu'ils n'exercent pas une profession à temps complet ou

- Qu'ils aient moins de 27 ans, et qu'ils soient en apprentissage ou entrés dans le cadre des contrats de formation, jusqu'au terme de leur cursus, et perçoivent dans tous les cas une rémunération maximum de 55% du Smic (salaire minimum interprofessionnel de croissance) ;
- Ou quel que soit leur âge, s'ils perçoivent une des allocations pour adultes handicapés (loi du 30 juin 1975), sous réserve que cette allocation leur ait été attribuée avant leur 21<sup>ème</sup> anniversaire.

**L'assureur se réserve le droit de demander des justificatifs.**

#### **Forfait :**

Montant payable par assuré une fois par année d'assurance ; seul le forfait optique est versé une fois toutes les deux années d'assurance.

#### **Forfait « dentaire non remboursé par le Régime Obligatoire » annuel :**

Forfait exprimé par Assuré par année d'assurance pour tous les produits et prestations dentaires non remboursés par le Régime Obligatoire d'assurance maladie tels que les implants, prothèses et la parodontologie. Le montant de ce forfait n'entre pas en compte dans le calcul du plafond dentaire par année d'assurance et par Assuré.

#### **Franchise médicale :**

En vigueur depuis le 1er janvier 2008, c'est une somme d'argent qui est déduite par la Sécurité sociale de chacun des remboursements de l'assuré social (à l'exception des jeunes de moins de 18 ans, des bénéficiaires de la CMU complémentaire et de l'Aide médicale de l'Etat, des femmes enceintes durant toute la durée de leur grossesse). Elle s'élève à :

- 0.50 euro par boîte de médicaments délivrée en ville ;
- 0.50 euro par acte par un auxiliaire médical en ville, sans pouvoir excéder 2 euros par jour ;
- 2 euros par transport effectué en véhicule sanitaire hors urgence, sans pouvoir excéder 4 euros par jour

Ces franchises sont décomptées dans la limite d'un plafond qui ne pourra pas excéder 50 euros par personne.

Les franchises médicales ne sont pas prises en charge par le contrat.

#### **Garantie :**

Elle correspond aux prestations assurées dans le cadre de la formule retenue cumulées à celles des renforts éventuellement souscrits, qui forment un tout indissociable et constituent ainsi la garantie.

#### **Hospitalisation :**

Tout séjour dans un établissement hospitalier en France et dans le monde entier (hôpital ou clinique, public ou privé) d'au moins 24 heures consécutives dû à une maladie ou un accident.

A l'étranger, on entend par établissement hospitalier, un établissement sous la surveillance permanente d'un personnel médical qualifié dirigé de jour et de nuit par un médecin. L'établissement doit posséder un fichier médical où chaque patient est enregistré et auquel le médecin-conseil de l'assureur peut avoir accès.

**Les hospitalisations non recommandées par un médecin ou celles qui ne sont pas nécessaires au traitement d'une maladie ou d'un accident.**

#### **Hospitalisation en secteur spécialisé :**

Tout séjour prescrit par un médecin pour y recevoir les soins nécessités par une maladie ou un accident en centre de : rééducation, convalescence, réadaptation fonctionnelle, soins de suite, diététique, sevrage thérapeutique, ou maison d'enfants à caractère sanitaire, maison de repos.

#### **Maladie :**

C'est toute altération de l'état de santé constatée par une autorité médicale habilitée et qualifiée.

#### **Nullité :**

c'est l'annulation pure et simple du contrat qui est censé alors n'avoir jamais existé.

#### **Parcours de soins :**

Il s'agit du circuit que les patients doivent respecter pour être remboursés selon la réglementation en vigueur dans le cadre de ce parcours. Il consiste à déclarer un médecin traitant auprès de l'assurance maladie obligatoire et le consulter en priorité ou à consulter un médecin correspondant sur orientation de son médecin traitant. Certains médecins spécialistes peuvent être consultés sans pour autant passer par le médecin traitant (gynécologues, ophtalmologues, stomatologues, psychiatres et neuropsychiatres pour les enfants de moins de 26 ans).

#### **Plafond dentaire :**

Montant maximum remboursé par année d'assurance, par bénéficiaire, exprimé par formule de garanties choisie. Les remboursements des consultations, actes et soins dentaires et le « forfait dentaire non remboursé » ne rentrent pas dans le calcul du plafond dentaire. Lorsque le plafond dentaire est atteint, les actes dentaires remboursés par le Régime Obligatoire sont pris en charge à 100% de la base de remboursement de la Sécurité sociale, incluant le remboursement du Régime Obligatoire.

#### **Régime Obligatoire (RO) :**

Le Régime Obligatoire d'assurance maladie de Sécurité sociale Français auprès duquel est affilié l'Adhérent.

#### **Ticket modérateur (TM) :**

Différence entre les tarifs de base (TC, TA, BR, TR) pris en compte par le Régime Obligatoire et le remboursement effectué par ce dernier.

#### **Transport :**

Le transport sanitaire du malade ou de l'accidenté, de son domicile ou du lieu de l'accident à l'hôpital (ou à la clinique) le (ou la) plus proche ou d'un établissement hospitalier à un autre. L'assuré garde le libre choix de l'établissement hospitalier.

#### **Verres complexes :**

Foyer dont la sphère est hors zone de -6,00 ou +6,00 ou dont le cylindre est supérieur à +4,00 ou à verres multifocaux ou progressifs.

#### **Verres hypercomplexes :**

Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est hors zone de -8,00 à +8,00 ou à verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4,00 à +4,00.

#### **Verres mixtes :**

Verres avec au moins un verre complexe ou hypercomplexe.

#### **Verres simples :**

Foyer dont la sphère est comprise entre -6,00 et +6,00 et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4,00.

## **PREAMBULE**

Votre adhésion au contrat est constituée des éléments suivants :

- la présente **Notice d'information** qui définit les conditions d'application de votre adhésion au contrat, expose l'ensemble des garanties proposées et pouvant être souscrites. Elle vous informe sur les risques non couverts et vous indique également la marche à suivre pour obtenir vos remboursements.

- le **Certificat d'adhésion** qui matérialise l'acceptation de votre adhésion par l'assureur et précise notamment les différentes conditions personnelles de votre adhésion, les personnes assurées, l'étendue et les modalités des garanties effectivement souscrites.

- le **tableau des garanties** qui précise les dépenses de santé couvertes.

En adhérant au contrat, le demandeur devient adhérent de l'Association GPMA dont la cotisation annuelle en vigueur sera prélevée une fois par an, à l'adhésion du contrat puis au 1er janvier

de chaque année. A ce titre, vous pouvez consulter les statuts de **GPMA** sur le site [www.gpma-asso.fr](http://www.gpma-asso.fr).

L'adhésion aux contrats est régie par la loi française, notamment le Code des assurances. L'adhésion est soumise à la réglementation fiscale française. Les parties s'engagent à utiliser, pendant toute la durée de l'adhésion, la langue française.

## ART.1 - OBJET DU CONTRAT

Le contrat HEXASANTE a pour objet de garantir le remboursement de frais médicaux, chirurgicaux et / ou d'hospitalisation survenus postérieurement à la prise d'effet des garanties occasionnés par l'un des événements suivants : maladie, maternité, accident constatés médicalement. La garantie intervient en complément des prestations versées par le régime obligatoire ou de prestations non couvertes par le régime obligatoire mais prévues par les garanties souscrites.

Les frais engagés doivent faire l'objet d'une prescription et avoir donné lieu à un remboursement de la Sécurité sociale. Certains frais non pris en charge par la Sécurité sociale peuvent faire l'objet d'un remboursement s'ils sont prévus à la formule de garantie accordée, indiqués au tableau des garanties et joint au certificat d'adhésion.

Les remboursements de frais de santé doivent correspondre à des dépenses de soins effectués après la date la date d'effet du contrat et à expiration du délai d'attente.

Les remboursements dépendent des garanties choisies. Ils ne peuvent en aucun cas être supérieurs aux dépenses réelles.

Cette garantie peut être étendue aux membres de la famille de l'Adhérent.

## ART.2 - NATURE DES GARANTIES DU CONTRAT

L'adhésion est viagère dès sa prise d'effet.

A l'exception de la formule Hospi seule, le contrat HEXASANTE respecte l'ensemble des conditions posées par les pouvoirs publics pour répondre à la définition de contrat « solidaire » et de contrat « responsable ». De ce fait, il peut bénéficier des aides fiscales et sociales prévues par la législation.

**Par contrat « solidaire »**, on entend un contrat d'assurance complémentaire santé pour lequel les cotisations ne sont pas fixées en fonction de l'état de santé des personnes assurées et pour lequel aucun questionnaire médical n'est demandé aux assurés ni lors de la souscription ni de l'adhésion.

**Par contrat « responsable »**, on entend un contrat d'assurance complémentaire santé qui répond à l'ensemble des conditions mentionnées à l'article L. 871-1, R 871-1 et R871-2 du Code de la Sécurité sociale et ses textes réglementaires d'application. A compter du 01/01/2020, ce contrat d'assurance complémentaire santé intégreront la prise en charge des paniers de soins 100% SANTE.

En cas d'évolutions législatives et réglementaires effectuées dans ce cadre, les garanties du contrat seront mises en conformité après information préalable, sauf refus exprimé de votre part (article L. 112-3 alinéa 5 du Code des assurances).

### 100% SANTE

A l'exception de l'Hospi seule, le contrat est éligible aux dispositifs 100% SANTE, permettant ainsi le zéro reste à charge pour l'adhérent au titre des contrats responsables.

La prise en charge des prestations est réalisée dans les plafonds limites de vente fixées par le contrat responsable.

Les postes de garanties concernées par le 100% SANTE sont l'Optique, Dentaire et l'Audiologie.

#### - Optique

La prise en charge des équipements optiques est assurée uniquement pour les indications suivantes : astigmatisme, hypermétropie, myopie, presbytie, amblyopie.

#### • Verres

- Le panier RAC 0 est constitué des verres de la Classe A. Ces verres sont composés de verres durcis, amincis (selon la correction) et avec des anti-reflets.

#### - Prise en charge des Verres de Classe A

Le Prix Limite de Vente TTC des principales lignes génériques sont fixés dans la réforme 100% SANTE, à compter du 1er Janvier 2020 pour les équipements (monture et 2 verres) de Classe A.

#### Le renouvellement d'équipements

Pour les enfants jusqu'à 15 ans inclus, le renouvellement de la prise en charge d'une monture et respectivement de deux verres est possible au terme d'une période minimale d'un an après le dernier remboursement d'un équipement complet.

Pour les adultes et pour les enfants de 16 ans et plus, le renouvellement de la prise en charge d'une monture et respectivement de deux verres est possible au terme d'une période minimale de deux ans après la dernière prise en charge de l'équipement complet.

Le renouvellement anticipé est autorisé lorsque survient une variation de la sphère ou du cylindre comme spécifié dans la réforme 100% SANTE.

Par dérogation, pour les enfants jusqu'à 15 ans inclus, aucun délai de renouvellement minimal des verres n'est applicable lorsqu'intervient une dégradation objectivée des performances oculaires par un ophtalmologiste sur une prescription médicale.

Par dérogation, aucun délai de renouvellement minimal des verres n'est applicable en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières, précisées par la liste fixée ci-après et sous réserve d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique :

- Glaucome
- Hypertension intraoculaire isolée
- DMLA et atteintes maculaires évolutives
- Rétinopathie diabétique
- Opération de la cataracte datant de moins de 1 an
- Cataracte évolutive à composante réfractive
- Tumeurs oculaires et palpébrales
- Antécédents de chirurgie réfractive datant de moins de 6 mois
- Antécédents de traumatisme de l'oeil sévère datant de moins de 1 an
- Greffe de cornée datant de moins de 1 an
- Kératocône évolutif
- Kératopathies évolutives
- Dystrophie cornéenne
- Amblyopie
- Diplopie récente ou évolutive

La justification d'une évolution de la vue (dans les limites citées ci-dessus) doit être effectuée soit au travers d'une nouvelle prescription médicale, qui est comparée à la prescription médicale précédente, soit selon les dispositions de l'article D. 4362-12-1 du code de la santé publique lorsque l'opticien adapte la prescription médicale lors d'un renouvellement de délivrance.

#### - Dentaire

Les plafonds limite de vente sont fixés dans la cadre de la réforme 100% Santé (site du Ministère de la Santé).

#### - Audioprothèses

Le plafond limite de vente et de prise en charge par les contrats responsables limitera le remboursement total comme spécifié dans la réforme 100% Santé.

**Renouvellement de l'équipement** : La durée minimale avant un renouvellement de l'aide auditive est fixée à 4 ans (pour chaque oreille indépendamment, après date de délivrance de l'aide précédente), sous réserve d'évolution du contrat responsable.



### ART.3 - QUI PEUT ADHERER AU CONTRAT ?

Pour adhérer au contrat, vous devez :

- adhérer à l'association GPMA,
- résider en France,
- être âgé à la date de signature de la demande d'adhésion de 18 à 65 ans maximum,
- être affilié à un Régime Obligatoire d'Assurance Maladie Français, en tant qu'assuré social ou ayant-droit,

A l'exception de l'Hospi seule, le contrat est éligible aux dispositifs Madelin.

Les frontaliers qui résident en France et travaillent en Suisse sont exclus du bénéfice de ce produit.

### ART.4 - PERSONNES ASSUREES ET AGE LIMITE D'ADHESION

L'Adhérent, et s'il est désigné sur le Certificat d'adhésion, son conjoint et les enfants, tels que définis au Lexique, sous conditions. Les assurés doivent par ailleurs être affiliés auprès d'un Régime obligatoire en tant qu'assuré social ou ayant droit.

Pour la détermination de l'âge de l'assuré dans le cadre de sa demande d'adhésion, nous prenons en compte l'âge qui sera atteint durant l'année de prise d'effet du contrat.

La tarification Enfant s'applique jusqu'aux 19 ans inclus de l'enfant.

### Conditions d'adhésion aux renforts et aux options ECO :

#### Renfort Optique – Dentaire et Bien-être

- Les renforts 1<sup>er</sup> et 2<sup>ème</sup> Niveau (non cumulables) sont optionnels et souscrits pour une durée minimale de douze mois.
- Ils s'appliquent à la formule 1, 2, 3 et 4 pour permettre à l'adhérent de renforcer les garanties en complément de la formule de base choisies.
- Ils ne sont pas cumulables avec les options ECO.

#### Options ECO 1 et 2

- Les options ECO 1 et 2 sont cumulables et souscrites pour une durée minimale de douze mois.
- Elles permettent à l'adhérent de réduire le montant total de la cotisation du contrat santé pour la formule choisie moyennant la suppression d'un bloc de garanties (voir article 6).
- Les options ECO 1 et 2 ne sont pas cumulables avec les renforts Optique – Dentaire et Bien-être.

### ART.5 - EFFET, DUREE ET RENOUVELLEMENT DE L'ADHESION

L'adhésion prend effet à la date mentionnée sur le Certificat d'adhésion. Elle se renouvelle ensuite au 1er janvier de chaque année (échéance principale) sauf dénonciation dans les conditions mentionnées à l'article 14 : «ART.14 – Résiliation». Vous ne pourrez toutefois demander la résiliation que si votre adhésion a une durée effective minimum de 12 mois.

### ART.6 - CONCLUSION, PRISE D'EFFET, DELAIS D'ATTENTE

L'adhésion est conclue par l'accord entre l'Adhérent et l'Assureur. Elle est matérialisée par l'émission d'un certificat d'adhésion.

La date de conclusion est indiquée au certificat d'adhésion.

En cas de vente à distance, l'adhésion peut être exécutée immédiatement et intégralement à compter de sa conclusion à la demande expresse de l'Adhérent.

La garantie prend effet à compter de la date d'effet mentionnée sur le certificat d'adhésion ou dans l'avenant, à l'égard de chaque personne assurée.

Il n'y a aucun délai d'attente sur les formules de garanties Santé de base. Seul le renfort de niveau 2 a un délai d'attente de 9 mois pour le forfait orthodontie adulte, remboursée ou non par le Régime Obligatoire.

### Options ECO 1 ou ECO 2 :

Au moment de l'adhésion, vous avez la possibilité de souscrire l'option ECO 1 et / ou ECO 2 afin de choisir la formule la mieux adaptée à votre situation.

Ces options s'appliquent aux formules 2, 3 ou 4. ECO 1 permet de réduire de 6% le montant total de la cotisation du contrat santé pour la formule choisie et éco 2 de 9%. Elle concerne la totalité des assurés désignés au Certificat d'adhésion sur le bloc indissociable de garanties mentionnées ci-dessous :

- ECO 1 : forfait naissance / adoption, orthodontie, forfait complémentaire optique enfant et forfait complémentaire dentaire
- ECO 2 : chambre particulière, prévention et pharmacie non remboursée, médecines complémentaires, cures thermales.

**En contrepartie de cette réduction, les garanties concernées par l'option et mentionnées ci-dessus, ne sont plus prises en charge dans la formule de garanties souscrite par l'Adhérent.**

Vous conservez la possibilité de résilier ou de souscrire aux options éco 1 ou 2 à l'issue de la première année et de 12 mois complets d'assurance après votre adhésion ou de votre dernière modification de formule de garanties moyennant un préavis de deux mois au moins, puis ensuite à chaque échéance principale fixée au 1er janvier moyennant un préavis de deux mois au moins.

**Suite à première adhésion à l'option ECO 1 et/ou 2, toute résiliation sera définitive. Toute nouvelle adhésion à ces options sera exclue.**

### ART.7 - TERRITORIALITE

La garantie remboursement des frais médicaux, chirurgicaux et / ou d'hospitalisation, de votre contrat s'exerce dans tous les pays, à partir du moment où le régime obligatoire français intervient.

Le règlement des prestations est toujours effectué en France et dans la monnaie légale de l'État français. Cette extension de garantie ne concerne que les assurés résidant durablement en France.

### ART.8 - LES EXCLUSIONS ET LES LIMITATIONS

**Cas où la garantie ne s'exerce pas :**

**Les frais de soins résultant de maladies et accidents ainsi que leurs suites et conséquences consécutifs à :**

- une faute intentionnelle ou dolosive de l'assuré ;
- l'usage de drogues ou de stupéfiants non médicalement prescrits ;
- l'alcoolisme, l'ivresse ou la démence ;
- la participation de l'assuré à des rixes sauf légitime défense ;
- la guerre étrangère, la guerre civile ;
- la participation active de l'assuré à des émeutes et mouvements populaires, à des actes de terrorisme et de sabotage ;
- un cataclysme ;
- la désintégration du noyau atomique, de l'émission de radiation ionisante et tout phénomène de radioactivité.

**Sont également exclus de la garantie les frais de soins résultant :**

- des maladies médicalement constatées ou accidents survenus à l'occasion du service national ou de périodes militaires supérieures à un mois ;
- des traitements esthétiques (chirurgie esthétique, plastique ou réparatrice) non remboursés par le RO;
- des cures de rajeunissement, sommeil et amaigrissement ainsi que leurs suites et conséquences. Sont également exclues les cures de désintoxication.
- des traitements par psychanalyse ;
- des frais de voyage et de séjour en thalassothérapie, en établissement médico-social, en établissement à caractère

sanitaire, de vacances, en aérium, home d'enfants ;  
– de la pratique des sports à titre professionnel ou à titre amateur avec compétitions au niveau national ou international ainsi que les entraînements y afférent ;  
– de la pratique des sports mécaniques et aériens (y compris alpinisme, spéléologie).  
- des frais de chambre particulière et de télévision lors de séjour en Centre Hospitalier Spécialisé (CHS)  
- de la chambre particulière pour les séjours de psychiatrie ou neuropsychiatrie, diététique, gériatrie, désintoxication.

Et pour la formule Hospi seule non responsable, sont également exclus de la garantie les frais de soins résultant :

– des hospitalisations et séjours en établissement, centre ou service dit de long séjour ;  
– des frais de diététique (hospitalisation et traitements).

Toutefois en cas de survenance d'un des événements mentionnés ci-dessus, donnant lieu à des soins pris en charge par la Sécurité Sociale, la garantie prendra en charge le remboursement des frais prévus à l'article R871-2 du Code de la Sécurité sociale à hauteur des limites minimales qui y sont précisées.

## Limitations

- Pour les séjours de rééducation, convalescence, réadaptation fonctionnelle, la chambre particulière pour la formule choisie est limitée à 30 jours par an et par assuré.

-Les frais d'optique sont remboursés dans la limite d'un équipement complet (verres + monture) par période de 2 ans. La période de 2 ans s'apprécie à compter de la date de prise d'effet de la garantie de l'adhésion de chaque assuré.

Si le contrat n'offre pas de garantie optique au-delà des tarifs de responsabilité, le ticket modérateur sera couvert systématiquement et il ne sera pas limité à une prise en charge tous les deux ans.

Pour les assurés présentant un déficit de vision de près et un déficit de vision de loin, et ne pouvant ou ne souhaitant pas porter de verres progressifs ou multifocaux, les formules prévoyant un forfait optique peuvent couvrir une prise en charge de deux équipements sur une période de deux ans corrigeant chacun des deux déficits mentionnés ci-dessus.

En aucun cas, le versement de prestations, même effectué à plusieurs reprises, ne saurait constituer une renonciation de l'Assureur à l'une des exclusions de garanties prévues au contrat.

## ART.9 - VOS DECLARATIONS

### 9.1 - A l'adhésion

Pour souscrire l'une ou l'autre des formules de garantie proposées dans le cadre du contrat HEXASANTE, vous devez répondre, sous forme de déclaration, à une demande d'information concernant la situation personnelle des personnes à assurer. Ces déclarations seront reprises sur votre certificat d'adhésion et servent de base à l'établissement de votre adhésion. Elles nous permettent d'évaluer en toute connaissance de cause, notre engagement d'assurance, et de percevoir la cotisation adaptée.

### 9.2 - En cours d'adhésion

**Vous devrez nous déclarer au plus tard dans les 15 jours :**

- toute modification des éléments spécifiés au Certificat d'Adhésion,
- les changements ou cessation d'affiliation d'un des assurés à un

Régime Obligatoire,

- les changements de domicile ou la fixation du domicile en dehors de la France Métropolitaine.

**Pour tout nouvel assuré à prendre en compte dans le cadre de votre adhésion, vous devrez procéder aux déclarations prévues. Les conditions d'accès à l'assurance sont les mêmes que celles définies pour l'Adhérent et les éventuels assurés lors de l'adhésion.**

Toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle, toute omission ou déclaration inexacte, faite lors de l'adhésion ou en cours d'adhésion, entraîne l'application suivant les cas, des articles L.113-8 (nullité de l'adhésion) et L.113-9 (réduction des indemnités) du Code des Assurances.

### 9.3 - Les autres documents à nous transmettre

Pour vous apporter la qualité de service attendue concernant la gestion de votre adhésion et notamment celles relatives au remboursement des frais de santé et au paiement de vos cotisations, certaines informations complémentaires ou documents vous seront également demandés.

### 9.4 - Validité de vos déclarations

Vos déclarations et communications servent de base à l'application de votre adhésion et de la garantie, et n'ont d'effet que si elles sont parvenues à CEGEMA par écrit, ou à défaut, confirmées par lui-même dans un document écrit lorsque vous l'aurez informé par un autre moyen.

L'emploi de documents ou la production de renseignements inexacts ayant pour but ou pour effet d'induire l'assureur ou son délégataire en erreur sur les causes, circonstances, conséquences ou montant d'un sinistre entraîne la perte de tous droits à l'assurance.

## ART.10 - VOS COTISATIONS

### 10.1 - La base de calcul et le montant de vos cotisations

**En début d'adhésion :**

Le montant de votre cotisation est mentionné sur le certificat d'adhésion. Il est déterminé en fonction de la formule de garantie choisie, de l'âge des assurés et des modalités de prise en charge et bases de remboursement en vigueur du (ou des) Régime(s) obligatoire(s) dont ils relèvent lors de la prise d'effet des garanties et du domicile de l'Adhérent. Le montant de votre cotisation inclus des frais de fractionnement fixés à 1,00 € par mois et par contrat (hors formule Hospi Seule et périodicité de paiement annuelle)

**En cours d'adhésion :**

- La cotisation évolue en fonction de l'âge atteint de l'adhérent et de ses ayants droit à l'échéance du contrat.
- En cas d'ajout d'un nouvel assuré la cotisation en vigueur est augmentée du montant de la cotisation respective lors de la prise d'effet de sa garantie. Le montant de la cotisation sera mentionné sur le nouveau certificat d'adhésion ou sur l'avenant correspondant.
- Votre cotisation peut évoluer en cas de changement du Régime Obligatoire d'un des assurés.
- Votre cotisation peut évoluer en cas de changement de domicile de l'Adhérent dès qu'il y a un changement de zone géographique tarifaire. Pour la détermination du montant de la cotisation en fonction de l'âge, nous prenons en compte l'âge de l'assuré au 31 décembre de l'année en cours.

### 10.2 - La variation de vos cotisations

En dehors de la variation prévue en fonction de l'âge des assurés, lors de chaque échéance principale votre cotisation pourra évoluer du fait de la réalisation d'un ou plusieurs des événements mentionnés

ci-dessous :

- En cas d'évolution du taux d'accroissement des dépenses de santé publié par la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des travailleurs salariés,
- En cas d'évolution des résultats techniques constatée sur une ou plusieurs formules ou sur une catégorie de risques ou de garanties,
- Immédiatement et automatiquement ou alors à l'échéance principale en cas de modification des conditions de remboursements et / ou des remboursements pris en charge par votre Régime Obligatoire et/ou
- Immédiatement en cas d'évolution des impôts et taxes établis sur votre cotisation postérieurement à votre adhésion.

### 10.3 - Le paiement de vos cotisations

Votre cotisation est annuelle et payable d'avance à CEGEMA. Les modalités convenues pour le paiement de la cotisation (périodicité et mode de règlement) sont mentionnées sur le certificat d'adhésion.

Le prélèvement SEPA est obligatoire pour les paiements. Il s'effectue pour chaque mois de quittance à la date de prélèvement, indiquée sur la demande d'adhésion, du mois précédant la quittance.

En cas de rejet de prélèvement SEPA, les frais de représentation et les frais financiers sont mis à la charge de l'adhérent.

### 10.4 - Le non-paiement de vos cotisations

- A défaut de paiement de votre cotisation ou d'une fraction de celle-ci dans les 10 jours suivants son échéance, nous pourrions, indépendamment de notre droit de poursuivre l'exécution de votre adhésion en justice, vous adresser à votre dernier domicile connu une lettre recommandée valant mise en demeure. Vos garanties seront suspendues à l'issue d'un délai de 30 jours après l'envoi de cette lettre, et votre adhésion résiliée 10 jours après l'expiration du délai précité de 30 jours.

Votre adhésion, en cas de suspension, reprend ses effets le lendemain à midi du jour où les cotisations arriérées, les cotisations venues à échéance, les éventuels frais de poursuite et de recouvrement ont été payés. La suspension des garanties entraîne pour chaque assuré, la perte de tout droit aux remboursements des frais de soins (se rapportant à des accidents, maladie ou maternité) survenus pendant cette période.

- Les coûts d'établissement et d'envoi de lettre de mise en demeure sont à votre charge ainsi que les frais de poursuite et de recouvrement dont la récupération est autorisée par la loi (art. L.113-3 du code des assurances).

## ART.11 - LA MODIFICATION DE VOS GARANTIES

L'Adhérent peut modifier ses garanties à chaque échéance annuelle sous réserve d'en effectuer la demande au moins deux mois avant cette date et sous réserve d'acceptation de la compagnie **et dans la limite des conditions des options éco définis à l'article 6.**

Un avenant sera établi par l'assureur pour marquer son accord sur votre demande de modification.

## ART.12 - QUELLES SONT VOS GARANTIES ?

### 12.1 – Votre Garantie Santé

- Notre participation en tant qu'Assureur, telle que prévue au sens du présent contrat, intervient sur les dépenses de santé engagées par l'assuré, pour des actes, produits, et matériels médicaux ou chirurgicaux prescrits entre les dates de début et de fin de sa garantie, pour autant que ceux-ci soient expressément mentionnés sur le tableau des garanties annexé au certificat d'adhésion pour la formule de garantie retenue, dans la limite des montants qui sont indiqués.
- Les actes, produits, et matériels médicaux ou chirurgicaux non mentionnés dans le tableau des garanties pour la formule de garantie choisie ne peuvent donner lieu à participation de notre part.

- La date prise en compte pour la prise en charge des dépenses de santé garanties est celle qui correspond :

- à la date des soins figurant sur le bordereau de remboursement du Régime Obligatoire (ou dans le fichier informatique communiqué par celui-ci);

- aux dates de prescription, de proposition, d'exécution et de délivrance pour les frais et actes non pris en charge par le Régime Obligatoire.

En tout état de cause, les dates de proposition, d'exécution et de délivrance doivent se situer dans la période de garantie.

- Nos remboursements viennent en complément de ceux de la Sécurité sociale (ou de tout autre organisme offrant des prestations similaires), et de ceux des éventuels organismes complémentaires auprès desquels les assurés pourraient être garantis.

• Vous ne pourrez percevoir pour vous-même ou pour les membres de votre famille assurés, un remboursement supérieur à celui des frais réellement engagés, tels qu'ils figurent sur le bordereau ou la feuille de soins de la Sécurité Sociale et le cas échéant, ou les factures des professionnels de santé lorsque les frais en cause garantis ne sont pas remboursés par le Régime Obligatoire.

• Pour le remboursement des frais relatifs aux actes et biens médicaux, nous nous conformons aux dispositions de la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP), de la Classification commune des Actes Médicaux (CCAM), de la Liste des Produits et Prestations (LPP) et de la Table Nationale de Biologie (TNB).

- A l'exception des cas où nous réglons directement au professionnel de santé les dépenses engagées, le remboursement des dépenses est toujours établi à l'ordre de l'Adhérent pour l'ensemble des assurés et effectué en France dans la monnaie légale de l'Etat Français.

• Certains frais non pris en charge par la Sécurité sociale, peuvent faire l'objet d'un remboursement de notre part, s'ils sont prévus dans le tableau des garanties joint au certificat d'adhésion.

### • Cas particulier du forfait Optique :

Le forfait optique est limité à un équipement complet (monture + 2 verres) par période de 2 années d'assurance et par bénéficiaire.

**La période de 2 ans s'apprécie à compter de la date de prise d'effet de la garantie de l'adhésion de chaque assuré.**

Le montant du forfait optique inclut le ticket modérateur.

En cas d'évolution du défaut visuel ou pour les mineurs, le forfait optique s'applique pour un équipement par année d'assurance et par bénéficiaire. La prise en charge de la monture au sein de l'équipement est limitée à 150 euros.

Par dérogation, pour les enfants mineurs ou en cas d'évolution du défaut visuel, le forfait optique s'applique pour un équipement par an et par bénéficiaire.

Si le contrat n'offre pas de garantie optique au-delà des tarifs de responsabilité, le ticket modérateur sera couvert systématiquement et il ne sera pas limité à une prise en charge tous les deux ans.

Pour les assurés présentant un déficit de vision de près et un déficit de vision de loin, et ne pouvant ou ne souhaitant pas porter de verres progressifs ou multifocaux, les formules prévoyant un forfait optique peuvent couvrir une prise en charge de deux équipements sur une période de deux ans corrigeant chacun des deux déficits mentionnés ci-dessus.

### • Cas particulier du forfait Optique Enfant complémentaire :

Forfait pour les enfants de moins de 20 ans et ayant-droit rattaché au contrat de l'assuré principal. Il est versé en complément du forfait optique et suivant la même périodicité que le forfait relatif à la formule souscrite.

### • Cas particulier de la chirurgie réfractive :

Le forfait prévoit le remboursement de l'acte chirurgical seulement (hors matériel et équipement médical).

### • Cas particulier du forfait complémentaire prothèses auditives Enfant :

Forfait annuel pour les enfants de moins de 20 ans et ayant-droit



rattaché au contrat de l'assuré principal. Il inclut les prothèses, l'entretien et les piles.

#### • **Cas particulier de la Médecine complémentaire :**

Séances effectuées par des acupuncteurs, chiropracteurs, diététiciens, étioopathes, homéopathes, mésothérapeutes, naturopathes, pédicures, ostéopathes, podologues, psychologues, réflexologues, sexologues et sophrologues. Ces actes non pris en charge par le régime de base sont pris en charge dans la limite annuelle précisée dans la formule de garantie souscrite. Ces actes doivent avoir été réalisés par des praticiens diplômés d'un établissement de formation agréé par le Ministère de la Santé.

#### • **Cas particulier du forfait Prévention :**

Il inclut la pharmacie prescrite non remboursée par le Régime Obligatoire, les vaccins non remboursés, la pilule et le sevrage tabagique.

Conformément aux dispositifs des contrats responsables, le contrat prévoit la prise en charge de deux actes de prévention listées dans l'arrêté du 8 Juin 2006 (qui précise l'article R. 871-2 du code de la sécurité sociale.)

La liste prévue au II de l'article R. 871-2 du code de la sécurité sociale comprend les prestations de prévention suivantes :

- Scellement prophylactique des puits, sillons et fissures (SC8), sous réserve que l'acte soit effectué sur les première 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.
- Un détartrage annuel complet sus- et sous-gingival, effectué en deux séances maximum (SC12).
- Bilan du langage oral et/ou bilan d'aptitudes à l'acquisition du langage écrit (AM024), à condition qu'il s'agisse d'un premier bilan réalisé chez un enfant de moins de quatorze ans.
- Dépistage de l'hépatite B (codes NABM 4713, 4714, 0323, 0351).
- 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 :
  - a) Audiométrie tonale ou vocale (CDQP010)
  - b) Audiométrie tonale avec tympanométrie (CDQP015)
  - c) Audiométrie vocale dans le bruit (CDQP011)
  - d) Audiométrie tonale et vocale (CDQP012)
  - e) Audiométrie tonale et vocale avec tympanométrie (CDQP002).
- L'acte d'ostéodensitométrie remboursable par l'assurance maladie obligatoire ; sans préjudice des conditions d'inscription de l'acte sur la liste mentionnée à l'article L. 162-1-7, la prise en charge au titre du présent arrêté est limitée aux femmes de plus de cinquante ans, une fois tous les six ans.
- Les 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
- Vaccination contre les infections invasives à pneumocoques pour les enfants de moins de dix-huit mois.

#### • **Cas particulier du forfait Maternité en cas de naissance ou d'adoption**

Il est versé en cas d'inscription de l'enfant dans les deux mois suivant la naissance ou l'adoption. Le montant dépend de la formule de garantie souscrite.

En cas de naissance ou adoption multiple, le forfait est versé une fois uniquement.

#### • **Cas particulier des Cures thermales :**

Il s'agit des cures thermales prescrites et prises en charge par le régime obligatoire et effectuées dans des stations thermales conventionnées par le régime obligatoire.

L'hébergement (hors restauration) et le transport sont remboursés à hauteur des frais engagés sur présentation des justificatifs dans la limite du forfait selon la garantie choisie, pour une Cure thermale prescrite médicalement telle que définie ci-dessus.

#### • **Cas particulier du renfort Optique – Dentaire et Bien-être :**

Un forfait optique supplémentaire est versé pour l'équipement optique, en complément du forfait optique (et du forfait complémentaire optique enfant le cas échéant) et suivant la même périodicité que le forfait relatif à la formule souscrite.

Les prothèses dentaires sont augmentées par rapport à la formule souscrite.

Le niveau 2 inclut un forfait orthodontie adulte supplémentaire annuel, que l'orthodontie soit remboursée ou non par le Régime Obligatoire. Un délai d'attente de 9 mois s'applique.

Le forfait Bien-être couvre l'ensemble des garanties suivantes dans la limite du forfait annuel du renfort souscrit :

- Chirurgie esthétique ou réparatrice, remboursées ou non par le RO
- Assistance à la procréation et examens d'amniocentèse
- Prothèse capillaire
- Bilan nutritionnel dans la limite de 50€ par an
- Dépistage prescrit non remboursé dans la limite de 50€ par acte
- Analyses prescrites non remboursées dans la limite de 50€ par an
- Spermicides, contraception d'urgence, préservatifs masculins ou féminins, test de grossesse non remboursé, contraceptifs non remboursés : pilules de nouvelles générations, anneaux vaginaux, patches contraceptifs (sur prescription médicale) dans la limite de 50€ par an
- Sevrage tabagique (sur prescription médicale) dans la limite de 50€ par an
- Vaccins prescrits non remboursés dans la limite de 50€ par vaccin.

## LES SERVICES COMPLÉMENTAIRES SANTÉ PROPOSÉS

#### • **Tiers payant :**

Si ce service est prévu dans le tableau des garanties, une carte de tiers payant peut être délivrée à l'Adhérent par CEGEMA lors de la mise en place des garanties afin de permettre aux assurés la dispense d'avance de frais auprès de certains professionnels de santé partenaires.

L'utilisation de la carte de tiers payant n'est acquise, sous peine de poursuites, que si l'Adhérent est à jour de ses cotisations au jour de l'utilisation de ladite carte. En cas d'utilisation frauduleuse de la carte de tiers payant, CEGEMA pourra demander à l'Adhérent le remboursement des sommes exposées auprès des professionnels de santé consultés.

L'Adhérent qui cesse pour quelque raison que ce soit de bénéficier des garanties s'engage à restituer immédiatement sa carte en cours de validité. Dans le cadre de la formule Hospi seule, seul le service prise en charge hospitalisation est accessible.

#### • **Les Services d'Assistance Santé :**

S'ils sont mentionnés sur le tableau des garanties pour la formule de garantie retenue, les assurés bénéficient d'un ensemble de services d'assistance santé qui les accompagnent en cas de besoin. Les conditions de votre garantie assistance sont indiquées dans une notice d'information jointe au présent document.

## ART.13 - COMMENT OBTENIR LE REGLEMENT DE VOS PRESTATIONS

LES DOCUMENTS QUE VOUS DEVEZ TRANSMETTRE

**Pour le remboursement des dépenses de santé : lorsque l'assuré ne bénéficie pas de la télétransmission avec son régime de base, ou que nous n'avons pas effectué le règlement des frais directement au professionnel de santé, les documents**



### à nous transmettre sont les suivants :

- **Hospitalisation** : l'original du décompte du régime de base ou les originaux des factures acquittées de l'établissement hospitalier et les notes d'honoraires des chirurgiens présentant la cotation détaillée des actes.
- **La médecine courante, la pharmacie, les frais de transport, les prothèses et les appareillages** (les prothèses auditives, les prothèses orthopédiques,...) : l'original du décompte du régime de base et la facture détaillée.
- **Le dentaire** : L'original du décompte du régime de base. Pour les prothèses, l'orthodontie, et les frais non remboursés par le Régime Obligatoire l'original de la facture détaillée acquittée de tous les actes.
- **L'optique** : l'original du décompte du régime de base et la facture détaillée acquittée établie par l'opticien.
- **La pharmacie prescrite non remboursée** : la facture détaillée précisant les dépenses réelles
- **Les praticiens de la médecine complémentaire** : la note d'honoraires ou la facture détaillée justifiant la dépense réelle.
- **La prévention** : la note d'honoraires ou la facture détaillée précisant les dépenses réelles.
- **Les cures thermales** : la facture détaillée des frais engagés.
- **En cas de naissance** : un certificat de naissance ou une copie certifiée conforme du livret de famille établissant l'affiliation avec l'adhérent.
- **En cas d'adoption** : une copie du jugement d'adoption, établissant l'affiliation avec l'adhérent.

Compte tenu de la situation particulière de certains dossiers, CEGEMA pourra être amené à demander aux assurés des pièces complémentaires à celles énumérées ci-dessus.

**Les demandes de remboursements ou de prestations quelle que soit leur nature doivent parvenir à CEGEMA dans un délai de deux ans suivant la date de cessation des soins, sous peine de déchéance.**

### Contrôle des dépenses - Contrôle médical :

L'Assureur se réserve la possibilité de demander aux assurés :

- tous renseignements ou documents dont nous jugerions utile de disposer pour l'appréciation du droit aux prestations. Si ces renseignements ou documents ont un caractère médical, l'assuré doit les adresser sous pli confidentiel au Médecin Conseil de CEGEMA.
- de se faire examiner par un médecin de notre choix.

L'assuré s'engage, à se soumettre à cet examen, sous peine d'être déchu du droit aux prestations pour l'accident ou la maladie en cause. L'assuré peut se faire assister du médecin de son choix.

### Arbitrage :

En cas de désaccord d'ordre médical, entre l'assuré et nous, le différend sera soumis à une procédure d'arbitrage amiable.

Chacune des parties désignera un médecin. Si les médecins ne sont pas d'accord, ils choisiront un 3ème médecin chargé de les départager.

En cas de difficulté sur ce choix la désignation sera faite par le Président du Tribunal de Grande Instance du domicile de l'Adhérent, à la requête de la partie la plus diligente. Chaque partie paiera les frais et honoraires de son médecin, et s'il y a lieu, la moitié des frais et honoraires du 3ème médecin et des frais de sa nomination.

## ART.14 - RESILIATION

### 14.1 - L'adhésion peut être résiliée :

#### Par l'Adhérent :

- A l'issue de la première année (12 mois complets d'assurance) moyennant un préavis de deux mois au moins, puis ensuite à chaque échéance principale fixée au 1er janvier moyennant un préavis de deux mois au moins.

**IMPORTANT : reconduction tacite des contrats : conformément à l'article L113.15.1 du Code des assurances, ce contrat n'est pas concerné par la loi 2005-67 du 28/01/2005 (dite Loi Chatel).**

- Dans les trois mois suivant le changement de domicile, de situation matrimoniale, de Régime matrimonial, de profession, la retraite professionnelle ou la cessation définitive d'activité professionnelle de l'Adhérent, lorsque l'adhésion a pour objet la garantie de risques en relation DIRECTE avec la situation antérieure et qui ne se retrouvent pas dans la situation nouvelle. La résiliation prendra effet un mois après la réception de la demande de résiliation.
- En cas de modification du contrat par l'Assureur, telle que prévu par l'article 112-3 du Code des assurances, l'Adhérent dispose d'un délai de 30 jours pour refuser par écrit la modification de son contrat.

#### DE PLEIN DROIT :

- en cas de retrait de l'agrément de l'Assureur.
- en cas de décès de l'adhérent. En présence d'ayants droit, un nouveau contrat leur sera proposé s'ils le souhaitent, qui tiendra compte des garanties et conditions antérieures à la résiliation.
- en cas de départ de la France pour une durée supérieure à trois mois. La résiliation prend effet le 1er jour qui suit le 1er anniversaire du départ.

#### CONTRACTUELLEMENT :

En cas de perte de la qualité d'assuré social du régime obligatoire d'assurance maladie français de l'Adhérent principal, l'adhésion sera résiliée. Les autres assurés pourront continuer à être assurés s'ils en effectuent la demande.

### 14.2 - Les modalités de la résiliation

- La résiliation par l'Adhérent doit être effectuée par courrier recommandé et adressée au siège de CEGEMA, 679, avenue du Docteur Julien Lefebvre -BP.189 - 06272 Villeneuve Loubet Cedex. Une résiliation est acceptable à partir du moment où elle est adressée par courrier postal recommandé dûment signé par le client, ou par envoi recommandé électronique [moncontratsanté@cegema.cegema.com](mailto:moncontratsanté@cegema.cegema.com).

#### Précisions sur l'envoi recommandé électronique :

Art. R. 53-2 : Le prestataire de lettre recommandée électronique délivre à l'expéditeur une preuve du dépôt électronique de l'envoi. Le prestataire doit conserver cette preuve de dépôt pour une durée qui ne peut être inférieure à un an.

« Cette preuve de dépôt comporte les informations suivantes :

1° Le nom et le prénom ou la raison sociale de l'expéditeur, ainsi que son adresse électronique ;

2° Le nom et le prénom ou la raison sociale du destinataire ainsi que son adresse électronique ;

3° Un numéro d'identification unique de l'envoi attribué par le prestataire ;

4° La date et l'heure du dépôt électronique de l'envoi indiquées par un horodatage électronique qualifié tel que défini par l'article 3 du règlement (UE) n° 910/2014 mentionné ci-dessus ;

5° La signature électronique avancée ou le cachet électronique avancé tels que définis par l'article 3 du règlement (UE) n° 910/2014 mentionné ci-dessus, utilisé par le prestataire de services qualifié lors de l'envoi. »

#### • L'assureur peut résilier l'adhésion :

- en cas de non-paiement des cotisations (article L113-3 du Code des Assurances), au plus tôt 10 jours après l'échéance impayée. La résiliation prend effet 40 jours après l'envoi de la lettre de mise en demeure, si la cotisation n'est pas intégralement régularisée.
- en cas d'omission ou d'inexactitude dans la déclaration de l'adhérent sans que la mauvaise foi de ce dernier soit établie (article L113-9 du Code des Assurances). La résiliation prend effet 10 jours après envoi de la lettre de résiliation adressée en recommandé.

### 14.3 - Les conséquences de la résiliation

Lorsque l'adhésion est résiliée, les prestations ne sont dues que pour les soins et traitements administrés avant la prise d'effet de la résiliation.

## 14.4 Conséquences en cas d'exercice du droit à renonciation.

### 14.4.1 - EN CAS D'EXERCICE DU DROIT À RENONCIATION, DANS LE CADRE DE L'ARTICLE L 112-9 DU CODE DES ASSURANCES

Dès lors qu'il a connaissance d'un sinistre mettant en jeu la garantie, l'Adhérent ne peut plus exercer ce droit de renonciation. En cas de renonciation l'Assureur procédera au remboursement des cotisations dans le délai de 30 jours suivant la date de résiliation, déduction faite du montant correspondant à la durée où l'adhésion a effectivement produit ses effets. L'intégralité de la prime reste due à l'Assureur, si l'Adhérent exerce son droit de renonciation alors qu'un sinistre mettant en jeu la garantie de l'adhésion et dont il n'a pas eu connaissance est intervenu pendant le délai de renonciation.

### 14.4.2 - EN CAS D'EXERCICE DU DROIT À RENONCIATION DANS LE CADRE DES ARTICLES L112-2-1 DU CODE DES ASSURANCES :

- En contrepartie de l'exécution immédiate et intégrale de l'adhésion avant l'expiration de ce délai de rétractation, la cotisation dont l'Adhérent est redevable est égale au prorata de la cotisation annuelle pour la période écoulée entre la date d'effet prévue lors de la conclusion de l'adhésion et l'éventuelle date de réception de la rétractation.
- Si des prestations ont été versées, l'Adhérent 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.

## ART.15 - PRESCRIPTION

### Délai de prescription

#### Article 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. Pour les contrats d'assurance sur la vie, nonobstant les dispositions du 2e alinéa ci-dessus, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès de l'assuré.

### Causes d'interruption de la prescription

#### 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 ou d'un envoi recommandé électronique, avec accusé de réception, adressés 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.

### Caractère d'ordre public de la prescription

#### Article L. 114-3

Par dérogation à l'article 2254 du Code civil, les parties au contrat d'assurance ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci.

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription visées à l'article L. 114-2 précité sont celles prévues selon les termes et conditions des articles suivants du Code civil :

### Reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait

#### Article 2240 du Code civil

La reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription.

### Demande en justice

#### Article 2241 du Code civil

La demande en justice, même en référé, interrompt le délai de prescription ainsi que le délai de forclusion. Il en est de même lorsqu'elle est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure.

#### Article 2242 du Code civil

L'interruption résultant de la demande en justice produit ses effets jusqu'à l'extinction de l'instance.

#### Article 2243 du Code civil

L'interruption est non avenue si le demandeur se désiste de sa demande ou laisse périmer l'instance, ou si sa demande est définitivement rejetée.

### Mesure conservatoire et acte d'exécution forcée

#### Article 2244 du Code civil

Le délai de prescription ou le délai de forclusion est également interrompu par une mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée.

### Étendue de la prescription quant aux personnes

#### Article 2245 du Code civil

L'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription contre tous les autres, même contre leurs héritiers.

En revanche, l'interpellation faite à l'un des héritiers d'un débiteur solidaire ou la reconnaissance de cet héritier n'interrompt pas le délai de prescription à l'égard des autres cohéritiers, même en cas de créance hypothécaire, si l'obligation est divisible. Cette interpellation ou cette reconnaissance n'interrompt le délai de prescription, à l'égard des autres codébiteurs, que pour la part dont cet héritier est tenu.

Pour interrompre le délai de prescription pour le tout, à l'égard des autres codébiteurs, il faut l'interpellation faite à tous les héritiers du débiteur décédé ou la reconnaissance de tous ces héritiers.

#### Article 2246 du Code civil

L'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance interrompt le délai de prescription contre la caution.

Les causes de report du point de départ ou les causes de suspension de la prescription visées à l'article L. 114-3 du Code des assurances sont énumérées aux articles 2233 à 2239 du Code civil reproduits ci-après dans leur version en vigueur au 1er juillet 2018 :

#### Article 2233 du Code civil

La prescription ne court pas :

1. à l'égard d'une créance qui dépend d'une condition, jusqu'à ce que la condition arrive ;
2. à l'égard d'une action en garantie, jusqu'à ce que l'éviction ait lieu ;
3. à l'égard d'une créance à terme, jusqu'à ce que ce terme soit arrivé.

#### Article 2234 du Code civil

La prescription ne court pas ou est suspendue contre celui qui est

dans l'impossibilité d'agir par suite d'un empêchement résultant de la loi, de la convention ou de la force majeure.

#### Article 2235 du Code civil

Elle ne court pas ou est suspendue contre les mineurs non émancipés et les majeurs en tutelle, sauf pour les actions en paiement ou en répétition des salaires, arrérages de rente, pensions alimentaires, loyers, fermages, charges locatives, intérêts des sommes prêtées et, généralement, les actions en paiement de tout ce qui est payable par années ou à des termes périodiques plus courts.

#### Article 2236 du Code civil

Elle ne court pas ou est suspendue entre époux, ainsi qu'entre partenaires liés par un pacte civil de solidarité.

#### Article 2237 du Code civil

Elle ne court pas ou est suspendue contre l'héritier acceptant à concurrence de l'actif net, à l'égard des créances qu'il a contre la succession.

#### Article 2238 du Code civil

La prescription est suspendue à compter du jour où, après la survenance d'un litige, les parties conviennent de recourir à la médiation ou à la conciliation ou, à défaut d'accord écrit, à compter du jour de la première réunion de médiation ou de conciliation. La prescription est également suspendue à compter de la conclusion d'une convention de procédure participative ou à compter de l'accord du débiteur constaté par l'huissier de justice pour participer à la procédure prévue à l'article L. 125-1 du Code des procédures civiles d'exécution.

Le délai de prescription recommence à courir, pour une durée qui ne peut être inférieure à six mois, à compter de la date à laquelle soit l'une des parties ou les deux, soit le médiateur ou le conciliateur déclarent que la médiation ou la conciliation est terminée. En cas de convention de procédure participative, le délai de prescription recommence à courir à compter du terme de la convention, pour une durée qui ne peut être inférieure à six mois. En cas d'échec de la procédure prévue au même article, le délai de prescription recommence à courir à compter de la date du refus du débiteur, constaté par l'huissier, pour une durée qui ne peut être inférieure à six mois.

#### Article 2239 du Code civil

La prescription est également suspendue lorsque le juge fait droit à une demande de mesure d'instruction présentée avant tout procès. Le délai de prescription recommence à courir, pour une durée qui ne peut être inférieure à six mois, à compter du jour où la mesure a été exécutée. Ces différents articles peuvent évoluer en cours de vie du contrat.

## ART.16 - SUBROGATION

L'Adhérent ou ses ayants droit conservent leur droit de recours contre tout responsable. Toutefois, si l'Assureur a payé une indemnité au titre des frais de soins, il se substitue à l'Adhérent dans ses droits et obligations et jusqu'à concurrence de cette indemnité, contre tout responsable (Article L.121.12 du Code des Assurances).

## ART.17 - INFORMATIQUE ET LIBERTE

### 17.1 - Identification du responsable de traitement

Pour l'ensemble des opérations décrites ci-après, L'EQUITE est responsable de traitement, à l'exception des opérations listées ci-après pour lesquelles elle définit la finalité.

**CEGEMA, en qualité de délégataire de gestion, est responsable de traitement en ce qui concerne l'intégralité des moyens techniques et essentiels des traitements nécessaires à la gestion des contrats d'assurance pour les opérations suivantes :**

- Souscription des contrats ;
- Gestion de la vie du contrat ;
- Encaissement et recouvrement des primes ;
- Gestion et règlement des sinistres ;

- Gestion des réclamations ;
- Archivages des pièces de gestion.

### 17.2 - Les finalités du traitement et les bases juridiques du traitement

Les données personnelles ont pour finalité de répondre à votre demande et de permettre la réalisation de mesures précontractuelles, d'actes de souscription, de gestion et d'exécution ultérieure du contrat. A ce titre, elles pourront être utilisées à des fins de recouvrement, d'études statistiques et actuarielles, d'exercice des recours et de gestion des réclamations et contentieux, d'examen, d'appréciation, de contrôle et de surveillance du risque et de respect des obligations légales, réglementaires et administratives, ainsi que pour permettre la lutte contre la fraude à l'assurance.

Vous trouverez ci-dessous les bases juridiques correspondant aux finalités de traitement :

Les bases juridiques	Finalités de traitement
Exécution du contrat ou de mesures précontractuelles	- Réalisation de mesures précontractuelles telles que notamment délivrance de conseil, devis. - Réalisation d'actes de souscription, de gestion et d'exécution ultérieure du contrat
Consentement pour les données de santé (hors service des prestations de remboursement de frais de soins).	- Recouvrement - Exercice des recours et application des conventions entre assureurs - Gestion des réclamations et contentieux - Prise de décision automatisée liée à la souscription ou l'exécution du contrat - Certaines données peuvent entraîner des décisions sur la souscription et l'exécution du contrat notamment la tarification, l'ajustement des garanties - Examen, appréciation, contrôle et surveillance du risque - Etudes statistiques et actuarielles
Obligations légales	- Lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme - Respect des obligations légales, réglementaires et administratives
Intérêt légitime	- Lutte contre la fraude Afin de protéger les intérêts de l'ensemble des parties non fraudeuses au contrat
Traitement des données santé à des fins de protection sociale	Versement des prestations pour les contrats ayant pour objet remboursement de frais de soins.

### 17.3 - Informations complémentaires dans le cadre des données personnelles vous concernant et non collectées auprès de vous

**Catégorie de données susceptibles de nous être transmises :**

- état civil, identité, données d'identification
- données biométriques aux fins d'identifier une personne physique de manière unique
- données de localisation (notamment déplacements, données GPS, GSM)
- informations d'ordre économique et financier (revenus, situation financière, situation fiscale, etc.)



- numéro d'identification national unique
- données de santé issues du codage CCAM.

#### **La source d'où proviennent les données à caractère personnel :**

Ces données peuvent émaner de votre employeur, d'organismes sociaux de base ou complémentaire, d'organismes professionnels contribuant à la gestion des contrats d'assurance, de toute autorité administrative habilitée.

#### **17.4 - Clause spécifique relative à la fraude**

Vous êtes également informé que l'assureur met en œuvre un dispositif ayant pour finalité la lutte contre la fraude à l'assurance pouvant, notamment, conduire à l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude, inscription pouvant avoir pour effet un allongement de l'étude de votre dossier, voire la réduction ou le refus du bénéfice d'un droit, d'une prestation, d'un contrat ou service proposés par votre intermédiaire en assurance. Dans ce cadre, des données personnelles vous concernant (ou concernant les personnes parties ou intéressées au contrat) peuvent être traitées par toutes personnes habilitées intervenant au sein des services de l'assureur ou de votre intermédiaire en assurance. Ces données peuvent également être destinées au personnel habilité des organismes directement concernés par une fraude (autres organismes d'assurance ou intermédiaires; organismes sociaux ou professionnels; autorités judiciaires, médiateurs, arbitres, auxiliaires de justice, officiers ministériels ; organismes tiers autorisés par une disposition légale et, le cas échéant, les victimes d'actes de fraude ou leurs représentants).

#### **17.5 - Clause spécifique relative aux obligations réglementaires**

Dans le cadre de l'application des dispositions du Code monétaire et financier, le recueil d'un certain nombre d'informations à caractère personnel est obligatoire à des fins de lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme.

Dans ce cadre, vous pouvez exercer votre droit d'accès auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés, 3 Place de Fontenoy – TSA 80715 – 75334 PARIS CEDEX 07

#### **17.6 - Les destinataires ou les catégories de destinataires**

Les données vous concernant pourront être communiquées en tant que de besoin et au regard des finalités mentionnées ci-dessus, aux entités du Groupe Generali (le « Groupe Generali » est défini comme le groupe de sociétés ou d'entités détenues ou liées directement ou indirectement par la société Assicurazioni Generali SPA), ainsi qu'à des partenaires, intermédiaires, réassureurs et assureurs concernés, organismes professionnels, organismes sociaux des personnes impliquées sous-traitants et prestataires, dans la limite nécessaires des tâches leur incombant ou qui leur sont confiées. Par ailleurs, en vue de satisfaire aux obligations légales et réglementaires les responsables de traitement pourront communiquer des données à caractère personnel à des autorités administratives et judiciaires légalement habilitées.

#### **17.7 - Localisation des traitements de vos données personnelles**

Le groupe GENERALI a adopté des normes internes en matière de protection des données et de sécurité informatique afin de garantir la protection et la sécurité de vos données.

Aujourd'hui, nos data centers sur lesquels sont hébergées vos données sont localisés en France, en Italie et en Allemagne.

S'agissant des traitements réalisés hors du Groupe GENERALI par des partenaires externes, une vigilance toute particulière est apportée quant à la localisation des traitements, leur niveau de sécurisation (opérationnel et technique) et le niveau de protection des données personnelles du pays destinataire, qui doit être équivalent à celui de la réglementation européenne.

Les traitements réalisés aujourd'hui hors Union Européenne sont des traitements de supervision d'infrastructures (surveillance des plateformes informatiques, de l'opérabilité des solutions ou gestion des sauvegardes), principalement opérés par nos partenaires bancaires et les éditeurs de logiciel.

Les data centers Cegema sur lesquels sont hébergées vos données sont localisés en France.

#### **17.8 - Les durées de conservation**

Vos données personnelles sont susceptibles d'être conservées pendant toute la durée nécessaire à l'exécution du contrat d'assurance en référence aux délais prescriptions légales et sous réserve des obligations légales et réglementaires de conservation.

#### **17.9 - L'exercice des droits**

Dans le cadre du traitement que nous effectuons, vous disposez dans les conditions prévues par la réglementation :

- d'un droit d'accès : vous disposez du droit de prendre connaissance des données personnelles vous concernant, dont nous disposons et demander à ce que l'on vous en communique l'intégralité,
- d'un droit de rectification : vous pouvez demander à corriger vos données personnelles notamment en cas de changement de situation,
- d'un droit de suppression : vous pouvez nous demander la suppression de vos données personnelles notamment lorsque ces dernières ne sont plus nécessaires ou lorsque vous retirez votre consentement au traitement de certaines données sauf s'il existe un autre fondement juridique à ce traitement,
- du droit de définir des directives relatives au sort de vos données personnelles en cas de décès,
- d'un droit à la limitation du traitement : vous pouvez nous demander de limiter le traitement de vos données personnelles,
- d'un droit à la portabilité des données : vous pouvez récupérer dans un format structuré les données, que vous nous avez fournies lorsque ces dernières sont nécessaires au contrat ou lorsque vous avez consenti à l'utilisation de ces données,
- ces données peuvent être transmises directement au responsable du traitement de votre choix lorsque cela est techniquement possible,
- droit de retrait : vous avez le droit de retirer le consentement donné pour un traitement fondé sur cette base. Ce retrait vaut pour l'avenir et ne remet pas en cause la licéité des traitements déjà effectués. Il est susceptible de rendre l'exécution du contrat impossible sans être pour autant une cause de résiliation reconnue par le droit des assurances.

Cependant, le retrait de données nécessaires à l'exécution du contrat et notamment au contrôle de la pertinence des engagements réciproques, est susceptible de rendre impossible l'exécution du contrat, dès lors que ces données participent du consentement des parties à la contractualisation.

Dans une telle hypothèse, cette impossibilité d'exécution peut être une cause contractuellement définie de déchéance de garantie.

- **droit d'opposition : vous pouvez vous opposer au traitement de vos données personnelles à l'adresse ci-après.**

Vous pouvez exercer vos droits sur simple demande en l'accompagnant d'une copie d'un titre d'identité à l'adresse suivante :

[droitdaces@cegema.com](mailto:droitdaces@cegema.com) ou à l'adresse postale suivante CEGEMA – Conformité – 679 avenue du Docteur Julien Lefebvre – BP189 – 06272 Villeneuve-Loubet.

Ces droits peuvent être également exercés aux adresses suivantes sur simple demande après avoir fourni une preuve de votre identité : [droitdaces@generali.fr](mailto:droitdaces@generali.fr) ou à l'adresse postale suivante Generali – Conformité - TSA 70100 75309 Paris Cedex 09.

#### **Droit d'introduire une réclamation**

Par ailleurs, vous pouvez introduire une réclamation auprès de

la Commission Nationale Informatique et Liberté, 3 Place de de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07.

### **Coordonnées du Délégué à la Protection des Données Personnelles**

Pour toute demande, vous pouvez contacter le délégué à la protection des données :

Pour le délégataire de gestion, CEGEMA, Conformité, 679 avenue du Docteur Lefebvre – BP189 – 06272 Villeneuve-Loubet Cedex ou à l'adresse électronique [dpo.cegema@anaxia-conseil.fr](mailto:dpo.cegema@anaxia-conseil.fr)

Pour l'assureur, à Generali - Conformité - Délégué à la protection des données personnelles – TSA 70100 75309 Paris Cedex 09 ou à l'adresse électronique [droitdaces@generali.fr](mailto:droitdaces@generali.fr)

## **ART.18 – RECLAMATIONS – MEDIATION**

### **Litiges et Réclamations :**

#### **• Votre premier contact : votre interlocuteur habituel**

En cas de réclamation concernant votre contrat, dans un premier temps, vous êtes invité à prendre contact avec votre interlocuteur habituel ou avec le service client de CEGEMA : Service Client Cegema 679 avenue du Docteur Julien Lefebvre - BP 189 06272 Villeneuve-Loubet cedex Téléphone : 04 92 02 08 50.

#### **• Votre deuxième contact : le Service Réclamations**

Si un désaccord persiste, vous pouvez adresser une réclamation écrite (mentionnant les références du dossier concerné et accompagnée d'une copie des éventuelles pièces justificatives) à : L'ÉQUITÉ - Cellule Qualité - 75433 Paris Cedex 09.

Ce service accusera réception de sa demande et y répondra dans les meilleurs délais.

Si la souscription du contrat a été effectuée par le biais d'un intermédiaire et que la demande relève de son devoir de conseil et d'information ou concerne les conditions de commercialisation du contrat, la réclamation doit être exclusivement adressée à cet intermédiaire.

La procédure ci-dessus ne s'applique pas si une juridiction a été saisie du litige que ce soit par l'adhérent ou l'assureur.

#### **• Médiation :**

La Médiation de l'Assurance peut être saisie à l'adresse suivante : La Médiation de l'Assurance TSA 50110 75441 PARIS Cedex 09. L'assuré a un délai d'un an à compter de l'ouverture de la première réclamation pour saisir le médiateur.

## **ART.19 - AUTORITE DE CONTROLE**

Pour les Sociétés d'Assurance ayant leur Siège en France, l'autorité de tutelle est l'ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution) - 4 place de Budapest – 75436 Paris Cedex 09.

## **ART.20 - POSSIBILITE DE RENONCIATION**

Elle peut être formulée suivant le modèle de lettre ci-dessous.

« Je dispose d'un délai de 14 jours calendaires révolus, à partir du jour de la date de conclusion de mon adhésion (date indiquée sur le certificat d'adhésion), pour y renoncer, dans le cadre et dans les conditions prévus par l'article L.112-9 du code des assurances ou par les articles L.112-2-1 du Code des assurances et L.222-1 et suivants du Code de la consommation. »

Cette renonciation doit être faite par lettre recommandée avec accusé de réception, envoyée à CEGEMA - 679, avenue du Docteur Julien Lefebvre - BP189 - 06 272 Villeneuve Loubet Cedex.

La résiliation de l'adhésion prendra effet au jour de la réception de la

lettre recommandée avec avis de réception par CEGEMA.

**Les conséquences du droit à renonciation sont indiquées dans l'article 14.4 de la présente notice d'information.**

### **Article L112-9 premier alinéa du code des assurances :**

«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 14 jours calendaires révolus à compter du jour de la conclusion du contrat, sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités [...]. Dès lors qu'il a connaissance d'un sinistre mettant en jeu la garantie du contrat, le souscripteur ne peut plus exercer ce droit à renonciation».

**Dans le cas où l'adhésion a été souscrite exclusivement à distance au sens des articles L112-2-1 du code des assurances :**

### **Article L112-2-1 premier alinéa du code des assurances :**

« I.-1° La fourniture à distance d'opérations d'assurance à un consommateur est régie par le présent livre et par les articles L. 222-1 à L. 222-3, L. 222-6 et L. 222-13 à L. 222-16, L. 222-18, L. 232-4, L. 242-15 du code de la consommation ;

II.-1° Toute personne physique ayant conclu à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle un contrat à distance dispose d'un délai de quatorze jours calendaires révolus pour renoncer, sans avoir à justifier de motif ni à supporter de pénalités. Ce délai commence à courir :

a) Soit à compter du jour où le contrat à distance est conclu ;

b) Soit à compter du jour où l'intéressé reçoit les conditions contractuelles et les informations, conformément à l'article L. 222-6 du code de la consommation, si cette dernière date est postérieure à celle mentionnée au a ».

L'adhésion peut être exécutée immédiatement et intégralement à compter de sa conclusion (date indiquée sur le certificat d'adhésion) à la demande expresse de l'Adhérent.

La cotisation, dont vous êtes redevable, le cas échéant, en contrepartie de l'exécution immédiate et intégrale de mon adhésion avant l'expiration du délai de rétractation, est égale au prorata de la cotisation annuelle pour la période écoulée entre la date d'effet prévue lors de la conclusion de l'adhésion et la date de réception mon éventuelle renonciation.

En cas de rétractation, si des prestations ont été versées, je m'engage à rembourser à l'Assureur les montants perçus dans un délai de 30 jours.

Modèle de lettre de renonciation :

*Je soussigné(e) (Nom et Prénom de l'Adhérent), demeurant à (domicile principal), ai l'honneur de vous informer que je renonce à mon adhésion au contrat **HEXASANTE** (numéro d'adhésion), que j'ai signé le (date).*

*(Si des cotisations ont été perçues) Je vous prie de me rembourser les cotisations versées, déduction faite de la cotisation imputable au prorata de la période de garantie.*

*(En cas de commercialisation à distance) Je m'engage, pour ma part, à rembourser le montant des prestations qui ont pu m'être versées. (indiquez le lieu, la date et votre signature).*

**CONVENTION D'ASSISTANCE**  
**N°922 446**

<b>1. EVENEMENTS GARANTIS</b>	<b>19</b>
1.1 ASSISTANCE AU DOMICILE	19
1.2 EN CAS D'AFFECTION DE LONGUE DUREE	19
1.3 EN CAS DE MATERNITE	19
1.4 ASSISTANCE AUX PERSONNES	19
<b>2. RESUME DES PRESTATIONS ET PRISES EN CHARGE</b>	<b>20</b>
ASSISTANCE AU DOMICILE	20
<b>3. VALIDITE DE LA CONVENTION</b>	<b>22</b>
<b>4. DEFINITIONS CONTRACTUELLES</b>	<b>22</b>
<b>5. PRESTATIONS</b>	<b>23</b>
5.1 ASSISTANCE AU DOMICILE	23
5.2 EN CAS D'AFFECTION DE LONGUE DUREE	24
5.3 MATERNITE	25
5.4 DESCRIPTION DES SERVICES ET AIDES A DOMICILE	26
5.5 ASSISTANCE AUX PERSONNES	28
5.6 PREVENTION	29
<b>6. RESPONSABILITE</b>	<b>29</b>
<b>7. EXCLUSIONS GENERALES</b>	<b>30</b>
7.1 EXCLUSION GENERALES	30
7.2 EXCLUSIONS SPECIFIQUES A L'ASSISTANCE AUX PERSONNES	30
<b>8. MODALITES D'EXAMEN DES RECLAMATIONS</b>	<b>30</b>
<b>8. PRESCRIPTION</b>	<b>31</b>
<b>9. PROTECTION DES DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL</b>	<b>31</b>
<b>10. AUTORITÉ DE CONTROLE</b>	<b>31</b>
<b>11. LOI APPLICABLE – LANGUE UTILISÉE</b>	<b>31</b>



# CONVENTION D'ASSISTANCE

## N°922 446

### Besoin d'assistance ?

- > **Contactez-nous (24h/24)**
- > **Depuis la France au 01 49 93 72 96**  
Numéro non surtaxé  
Accès sourds et malentendants :  
<https://accessibilite.votreassistance.fr> (24h/24)
- > **Veillez nous indiquer :**
  - Le nom et le numéro du contrat souscrit
  - Les nom et prénom du Bénéficiaire
  - L'adresse exacte du Bénéficiaire
  - Le numéro de téléphone auquel le Bénéficiaire peut être joint

Les prestations de la présente convention d'assistance souscrite par CEGEMA auprès de :

#### **AWP P&C**

SA au capital de 17 287 285 €  
519 490 080 RCS Bobigny  
Siège social : 7, rue Dora Maar - 93400 Saint-Ouen  
Entreprise régie par le Code des assurances

sont mises en œuvre par :

#### **AWP FRANCE SAS**

SAS au capital de 7 584 076,86 €  
490 381 753 RCS Bobigny  
Siège social : 7, rue Dora Maar - 93400 Saint-Ouen  
Société de courtage d'assurances - Inscription ORIAS 07 026 669 - <http://www.orias.fr/>  
Ci-après désignée sous le nom commercial « **Mondial Assistance** »

## **1. EVENEMENTS GARANTIS**

Les conditions de délivrance des garanties de la présente convention varient selon les prestations :

### **1.1 ASSISTANCE AU DOMICILE**

- Les prestations décrites à l'article 5.1.1 « INFORMATIONS – CONSEILS – SERVICES A LA PERSONNE » peuvent être délivrées à tout moment pendant les heures d'ouverture du service d'information.
- Les prestations décrites aux articles 5.1.2 sont délivrées en cas d'Hospitalisation ou d'Immobilisation à Domicile du Bénéficiaire, précédée ou non d'une Hospitalisation.
- La prestation décrite à l'article 5.1.3 « Aide pédagogique » est délivrée quand le Bénéficiaire est un enfant.
- Les prestations décrites à l'article 5.1.4 sont délivrées en cas d'Hospitalisation ambulatoire.

### **1.2 EN CAS D'AFFECTION DE LONGUE DUREE**

- Les prestations décrites à l'article 5.2 sont délivrées lorsque la cause de l'Hospitalisation ou de l'Immobilisation à Domicile du Bénéficiaire est une Affection de longue durée
- Lors de l'insertion ou la réinsertion dans le monde professionnel suite à une Affection de longue durée - article 5.2.1.

### **1.3 EN CAS DE MATERNITE**

- Les prestations décrites à l'article 5.3.1 « INFORMATIONS – CONSEILS – SERVICES A LA PERSONNE » peuvent être délivrées à tout moment pendant la grossesse ou la maternité pendant les heures d'ouverture du service d'information.
- Les prestations décrites à l'article 5.3.2 peuvent être délivrées pendant la grossesse
- Les prestations décrites à l'article 5.3.3 peuvent être délivrées au moment de la naissance de l'enfant
- Les prestations décrites à l'article 5.3.4 peuvent être délivrées après la naissance de l'enfant.

### **1.4 ASSISTANCE AUX PERSONNES**

- Les prestations décrites à l'article 5.5 sont délivrées en cas de survenance, lors d'un déplacement à plus de 50 km du Domicile, d'un des événements suivants :
  - Accident corporel,
  - Maladie,
  - Décès.

## 2. RESUME DES PRESTATIONS ET PRISES EN CHARGE

### ASSISTANCE AU DOMICILE

Prestations	Prise en charge	Conditions et limites
<b>INFORMATIONS – CONSEILS – SERVICES A LA PERSONNE</b>		
Conseil santé	• Illimité	Utilisable à tout moment dès la souscription pendant les heures d'ouverture du service. Prestation rendue par téléphone exclusivement.
Conseil social	• Illimité	
Services à la personne	• Mise en relation avec le réseau de Prestataires agréés dans le cadre de la loi Borloo, sans prise en charge	
<b>EN CAS D'HOSPITALISATION OU IMMOBILISATION A DOMICILE DE PLUS DE 5 JOURS</b>		
Evaluation du besoin et recommandations pour l'utilisation de l'enveloppe de services	• Illimité	Durée d'Hospitalisation de plus de 24 heures ou durée d'Immobilisation à Domicile de plus de 5 jours . L'enveloppe de services doit être activée au plus tard 15 jours après l'Hospitalisation ou le début de l'Immobilisation à Domicile. <b>La prise en charge de l'enveloppe de services est limitée à 1 fois par période annuelle de garantie.</b>
Enveloppe de services et d'aide à Domicile	• Forfait de <b>300 € TTC</b>	
Livraison en urgence de médicaments	• <b>100 € TTC</b> maximum	-
Livraison et mise à disposition de matériel médical	• <b>100 € TTC</b> maximum	-
Téléassistance ponctuelle à Domicile	Coût du service pour une durée de 3 mois	-
<b>EN CAS D'HOSPITALISATION OU D'IMMOBILISATION A DOMICILE DE L'ENFANT</b>		
Aide pédagogique de l'Enfant dans les matières scolaires principales	• 15 heures maximum par semaine	L'absence scolaire doit être supérieure à 2 semaines calendaires consécutives. Limitée à la durée restant à courir de l'année scolaire en cours.
<b>EN CAS D'HOSPITALISATION AMBULATOIRE SANS IMMOBILISATION AU DOMICILE</b>		
Evaluation du besoin et recommandations pour l'utilisation de l'enveloppe de services	• Illimité	
Enveloppe de services réduite et d'aide à Domicile.	• Forfait de <b>100 € TTC</b>	L'enveloppe de services doit être activée au plus tard 3 jours après l'Hospitalisation ambulatoire. <b>La prise en charge de l'enveloppe de services est limitée à 1 fois par période annuelle de garantie.</b>

### EN CAS D'AFFECTION DE LONGUE DUREE

Evaluation du besoin et recommandations pour l'utilisation de l'enveloppe de services	• Illimité	L'enveloppe de services doit être activée au plus tard 15 jours après l'Hospitalisation ou le début de l'Immobilisation à Domicile. <b>La prise en charge de l'enveloppe de services est limitée à 1 fois par période annuelle de garantie.</b>
Enveloppe de services et d'aide à Domicile	• Forfait de <b>600 € TTC</b>	
Assistance aux devoirs	• 10 utilisations maximum	Prestation rendue via Internet ou par téléphone

### ASSISTANCE A L'INSERTION OU LA REINSERTION DANS LE MONDE PROFESSIONNEL

Service d'informations juridiques, administratives et pratiques sur l'emploi et la vie professionnelle	• Illimité	Prestation rendue par téléphone exclusivement.
Evaluation, bilan personnel et professionnel et élaboration d'un projet professionnel	• Coût de la prestation réalisée ou mandatée par Mondial Assistance.	Prestations limitées à une durée maximum de 12 mois.
Formation aux outils et techniques de recherche d'emploi ou Accompagnement à la création ou la reprise d'entreprise, ou à la reconversion professionnelle	• Coût de la prestation réalisée ou mandatée par Mondial Assistance.	
Entretiens de suivi	• Coût de la prestation réalisée par Mondial Assistance	

### EN CAS DE MATERNITE

<b>SERVICE D'INFORMATION - PREVENTION</b>		
Informations relatives à la grossesse et à la petite enfance : juridique, administratif, social et information pratique relative à la maternité	• Illimité	Utilisable à tout moment dès la souscription. Prestation rendue par téléphone exclusivement.
Conseil santé lié à la maternité	• Coût de l'opération réalisée ou mandatée par Mondial Assistance	-
Calendrier vaccinal	• Illimité	-

ASSISTANCE A DOMICILE PENDANT LA GROSSESSE		
Evaluation du besoin et recommandations pour l'utilisation de l'enveloppe de services	• Illimité	Hospitalisation de plus de 5 jours , naissance multiple, grand prématuré ou Immobilisation à Domicile de plus de 15 avec alitement de la Bénéficiaire ou de son Conjoint. <b>La prise en charge de l'enveloppe de services est limitée à 2 fois par période de grossesse.</b>
Enveloppe de services et d'aide à Domicile	• Forfait de <b>600 € TTC</b>	
Livraison en urgence de médicaments	• <b>100 € TTC</b> maximum	
Livraison et mise à disposition de matériel médical	• <b>100 € TTC</b> maximum	
ASSISTANCE A DOMICILE A LA NAISSANCE		
Evaluation du besoin et recommandations pour l'utilisation de l'enveloppe de services	• Illimité	Hospitalisation de plus de 5 jours, Naissance multiple, grand prématuré ou Immobilisation de 15 jours pour la Bénéficiaire ou de son Conjoint. L'enveloppe de services doit être activée au plus tard 15 jours après l'Hospitalisation ou au début de l'Immobilisation à Domicile ou dans les 15 jours qui suivent l'accouchement.
Enveloppe de services et d'aide à Domicile	• Forfait de <b>600 € TTC</b>	
Livraison en urgence de médicaments	• <b>100 € TTC</b> maximum	
Livraison et mise à disposition de matériel médical	• <b>100 € TTC</b> maximum	
ASSISTANCE A DOMICILE APRES LA NAISSANCE		
Evaluation du besoin et recommandations pour l'utilisation de l'enveloppe de services	• Illimité	Hospitalisation de plus de 5 jours de la mère et/ou du nouveau-né au cours des 9 mois suivant la naissance. <b>La prise en charge de l'enveloppe de services est limitée à 2 fois au cours des 9 mois suivant la naissance.</b>
Enveloppe de services et d'aide à Domicile	• Forfait de <b>600 € TTC</b>	
Livraison en urgence de médicaments	• <b>100 € TTC</b> maximum	
Livraison et mise à disposition de matériel médical	• <b>100 € TTC</b> maximum	

## ASSISTANCE AUX PERSONNES

ASSISTANCE AU BENEFICIAIRE		
Rapatriement ou transport sanitaire	• Coût de l'intervention organisée par Mondial Assistance	Prestations soumises à la décision des médecins de Mondial Assistance
Transfert d'un Proche accompagnant le Bénéficiaire pendant son rapatriement	• Coût de l'intervention organisée par Mondial Assistance	
Frais médicaux d'urgence à l'étranger	• Remboursement des frais restant à la charge du Bénéficiaire (hors frais dentaires) : <b>30 000 € TTC</b> • Remboursement des frais dentaires d'urgence : <b>350 € TTC</b> • Avance des frais d'hospitalisation : <b>30 000 € TTC</b>	Une Franchise pécuniaire de 30 € s'applique au remboursement des frais médicaux et dentaires. Les limites suivantes, s'entendent par Bénéficiaire et par période annuelle garantie.
Prolongation du séjour du Bénéficiaire	• <b>80 € TTC</b> par nuit et par personne dans la limite de 5 nuits	
Soutien au Bénéficiaire hospitalisé ou immobilisé sur place : - Prolongation du séjour d'une personne restée au chevet du Bénéficiaire <b>Ou</b> - Transfert d'un Proche au chevet du Bénéficiaire	• Coût du Transport retour • Frais d'hébergement : <b>80 € TTC</b> par nuit dans la limite de 5 nuits.  • Coût du Transport aller/retour • Frais d'hébergement : <b>80 € TTC</b> par nuit dans la limite de 5 nuits.	La durée prévisible de l'hospitalisation ou de l'immobilisation sur place du Bénéficiaire est de 10 minimum.
Retour au Domicile du Bénéficiaire	• Coût de l'intervention organisée par Mondial Assistance	
EN CAS DE DECES		
Transport de corps	• Coût du Transport du corps organisé par Mondial Assistance	
Frais funéraires	• Prise en charge des frais limité par Bénéficiaire à <b>1 000 € TTC.</b>	<b>Les frais d'accessoires, de cérémonie, d'inhumation ou de crémation restent à la charge de la famille du Bénéficiaire.</b>
Transfert d'un Proche sur le lieu du décès	• Coût du Transport aller/retour • Frais d'hébergement : <b>80 € TTC</b> par nuit dans la limite de 5 nuits.	-
POUR LES PERSONNES VOYAGEANT AVEC LE BENEFICIAIRE		
Acheminement d'un Proche ou d'un accompagnateur pour le retour au Domicile des personnes restées sur place handicapées ou de moins de 15 ans	• Coût de l'intervention organisée par Mondial Assistance	



## RETOUR PREMATURE

Retour au Domicile du Bénéficiaire et d'un accompagnant Ou Trajet aller-retour du Bénéficiaire	<ul style="list-style-type: none"><li>• Coût du Transport aller-simple pour le Bénéficiaire et un accompagnant</li><li>Ou</li><li>• Coût du Transport aller-retour</li></ul>	
<b>MISE A DISPOSITION DE MEDICAMENTS</b>		
Recherche et mise à disposition de médicaments	<ul style="list-style-type: none"><li>• Prise en charge des frais de recherche, de contrôle d'emballage et d'envoi.</li></ul>	<b>Le coût des médicaments et les frais de douane restent à la charge du Bénéficiaire.</b>
Recherche d'une solution permettant la poursuite du voyage	<ul style="list-style-type: none"><li>• Reservation d'un moyen de Transport</li></ul>	
<b>ASSISTANCE JURIDIQUE A L'ETRANGER</b>		
Avance de la caution pénale	<ul style="list-style-type: none"><li>• Dans la limite de <b>7 500 € TTC</b></li></ul>	

## ASSISTANCE AUX PERSONNES

Nutricoach	<ul style="list-style-type: none"><li>• Coût de la prestation réalisée par Mondial Assistance</li></ul>	Utilisable à tout moment dès la souscription. Prestation rendue par téléphone exclusivement. Limité à 5 entretiens de suivi ou de coaching sur une durée de 6 mois. Accès au site web et à l'application pendant 1 an Renouvelable par année d'assurance
Hospizen		Accès au site web dès la souscription pendant 1 an Renouvelable par année d'assurance

## 3. VALIDITE DE LA CONVENTION

### VALIDITE TERRITORIALE

#### Assistance au domicile

Les prestations de la présente Convention sont acquises uniquement sur le territoire du Domicile du Bénéficiaire.

#### Assistance aux personnes

**Sauf mention particulière notée à l'article 2 « RESUME DES PRESTATIONS ET PRISES EN CHARGE », les prestations sont accordées pour les événements garantis survenus en France ou au cours de déplacements privés n'excédant pas quatre-vingt-dix (90) jours consécutifs dans le monde entier, à l'exception des Pays non couverts.**

**Une Franchise kilométrique de cinquante (50) km est appliquée pour les prestations prévues à l'article 5.5 « ASSISTANCE AUX PERSONNES » pour les événements survenus en France.**

### DUREE DE VALIDITE

Les prestations sont accordées exclusivement pour les événements survenus pendant la durée de validité du contrat **HEXASANTE** et de l'accord liant **CEGEMA** et **AWP P&C** pour la délivrance de ces prestations.

## 4. DEFINITIONS CONTRACTUELLES

Dans la présente Convention d'assistance numéro **922 446** (ci-après la « Convention »), les termes et expressions qui commencent par une lettre majuscule auront la signification suivante :

### AFFECTION DE LONGUE DUREE

Maladie reconnue comme Affection de longue durée par l'Assurance Maladie et prises en charge à 100% par l'Assurance Maladie. Il existe trois catégories d'Affection de longue durée :

- les affections inscrites sur la liste fixée par l'article D 322-1 du Code de la sécurité sociale ;
- les affections dites «hors liste» : maladies graves, de forme évolutive ou invalidante, non inscrites sur la liste précédente, comportant un traitement prolongé d'une durée prévisible supérieure à 6 (six) mois et une thérapeutique particulièrement coûteuse ;
- les poly-pathologies : lorsque le patient est atteint de plusieurs affections caractérisées entraînant un état pathologique invalidant et nécessitant des soins continus d'une durée prévisible supérieure à 6 (six) mois.

### BENEFICIAIRE

Le terme « Bénéficiaire » se réfère :

- à la personne physique assurée par le contrat **HEXASANTE** (le « Bénéficiaire assuré »),
- à son Conjoint
- et/ou à ses Enfants.

### CONJOINT

Conjoint, partenaire de PACS ou concubin notoire du Bénéficiaire assuré et vivant habituellement sous son toit.

### DOMICILE

Lieu de résidence principale situé en France et dont l'adresse figure sur le dernier avis d'imposition sur le revenu

## ENFANTS

Enfants, petits-enfants, fiscalement à charge du Bénéficiaire assuré ou de son Conjoint, vivant habituellement sous son toit.

## FRANCE

France métropolitaine où se situe le Domicile.

## FRAIS DE SOINS DENTAIRES URGENTS

Frais de soins dentaires urgents et considérés comme tels par le service médical de Mondial Assistance.

## FRAIS FUNÉRAIRES

Frais de première conservation, de manutention, de mise en bière, d'aménagements spécifiques au transport, de soins de conservation rendus obligatoires par la législation, de conditionnement et de cercueil du modèle le plus simple, nécessaires au transport de corps et conformes aux réglementations locales et internationales applicables sur le lieu du décès et le lieu des obsèques.

**Sont exclus les frais d'habillement, d'embaumement, de cérémonie, d'inhumation et de crémation.**

**Lorsque le transport de corps peut être effectué sans cercueil conformément aux normes en vigueur, les frais de cercueil ne sont pas pris en charge.**

## FRAIS MÉDICAUX D'URGENCE A L'ETRANGER

Frais pharmaceutiques, chirurgicaux, de consultation et d'hospitalisation, prescrits par une autorité médicale compétente, nécessaires au diagnostic et au traitement d'une Maladie ou consécutifs à un Accident corporel.

## FRANCHISE PECUNIAIRE

Part du remboursement laissée à la charge du Bénéficiaire lors de la mise en œuvre de la prestation. Les montants de Franchise pécuniaire se rapportant à chaque prestation sont précisés à l'article 2 « RESUME DES PRESTATIONS ET PRISES EN CHARGE ».

## HEBERGEMENT

Frais d'hôtel (petit déjeuner compris), à l'exclusion de tout autre frais de restauration, de boisson et de pourboires.

## HOSPITALISATION

Tout séjour dans un établissement de soins privé ou public avec ou sans nuitée (y compris l'hospitalisation ambulatoire).

Dans tous les cas, sont assimilés à une Hospitalisation :

- les traitements de chimiothérapie ou de radiothérapie ambulatoire : administration d'un traitement anti-cancer dans un hôpital de jour, à la suite de laquelle le Bénéficiaire peut rentrer chez lui,
- les traitements de chirurgie ambulatoire : traitement de chirurgie permettant la sortie du patient le jour même de son admission dans l'établissement de soins.

**Une durée d'Hospitalisation peut être prévue à l'article 2 « RESUME DES PRESTATIONS ET PRISES EN CHARGE » pour la délivrance de certaines prestations.**

**L'Hospitalisation ambulatoire (sans nuitée) peut restreindre la délivrance de certaines prestations au titre de l'enveloppe de services et d'aide à Domicile.**

**Sont exclus :**

- les hospitalisations dans les centres de réadaptation fonctionnelle, maisons de convalescence ou établissements psychiatriques,
- les hospitalisations à domicile,
- les hospitalisations chirurgicales à but esthétique non remboursé par le régime obligatoire,
- les traitements de chimiothérapie orale à Domicile, sauf protocole de soins particulier et après évaluation par les médecins de Mondial Assistance.

## HOSPITALISATION D'URGENCE

Séjour de plus de 48 (quarante-huit) heures consécutives dans

un établissement hospitalier public ou privé, pour une intervention d'urgence, c'est-à-dire non programmée et ne pouvant être reportée

## IMMOBILISATION A DOMICILE

Toute incapacité physique à se déplacer ou à effectuer les tâches ménagères habituelles, survenant inopinément, constatée par un médecin et nécessitant le repos au Domicile prescrit par un médecin.

**Une durée d'Immobilisation peut être prévue à l'article 2 « RESUME DES PRESTATIONS ET PRISES EN CHARGE » pour la délivrance de certaines prestations.**

## MALADIE

Altération subite de l'état de santé, constatée par une autorité médicale compétente

## MEMBRE DE LA FAMILLE

Conjoint de droit ou de fait, ascendant au premier degré, descendant au premier degré, frère, sœur, beau-frère, belle-sœur, gendre, belle-fille, beau-père, belle-mère, tuteur légal, du Bénéficiaire ou la personne placée sous la tutelle du Bénéficiaire.

## PRESTATAIRE

Prestataire de services professionnel référencé par Mondial Assistance.

## PROCHE

Toute personne physique, membre de la famille ou non, résidant sur le territoire où se situe le Domicile et désignée par le Bénéficiaire.

## TRANSPORT

Tout déplacement non médicalisé s'effectuant par :

- train en 2<sup>de</sup> classe sauf mention contraire,
- avion en classe économique,
- taxi (pour toute distance inférieure à 50 km).

## 5. PRESTATIONS

**Les montants de prise en charge figurent dans l'article 2 « RESUME DES PRESTATIONS ET PRISES EN CHARGE »**

Mondial Assistance se réserve le droit, préalablement à toute intervention, de vérifier la qualité de Bénéficiaire du demandeur ainsi que la matérialité de l'événement ouvrant droit aux prestations.

### 5.1 ASSISTANCE AU DOMICILE

#### 5.1.1 INFORMATIONS – CONSEILS – SERVICES A LA PERSONNE

Sur simple appel téléphonique du lundi au samedi, hors jours fériés, de 8h00 à 20h00 (fuseau horaire de France métropolitaine), Mondial Assistance communique des informations et conseille le Bénéficiaire dans les domaines suivants :

#### • Conseil santé

Un médecin de Mondial Assistance répond aux questions du Bénéficiaire relatives à sa santé, à sa maladie, à son hospitalisation, à la prescription faite par son médecin traitant ou à son suivi.

Le Bénéficiaire peut également obtenir des informations sur des questions d'ordre général relatives à la santé telles que les établissements de soins, les questions générales sur la santé, les facteurs de risques, les questions de médecine générale, les questions relatives aux médicaments, les informations préventives, les informations sur les médecines alternatives, les centres de prise en charge de la douleur.

**Mondial Assistance s'interdit toute consultation, diagnostic ou prescription médicale.**

**En conséquence, ce service ne peut en aucun cas remplacer une consultation médicale personnalisée auprès d'un médecin.**

Ce service ne peut se substituer aux organismes locaux de secours d'urgence. En cas d'urgence, le Bénéficiaire prend contact en priorité avec les services locaux de secours d'urgence (numéros d'urgence : 15, 112, 18).

Les informations médicales échangées avec les médecins restent strictement confidentielles et sont soumises à la législation sociale et au secret médical.

- **Conseil social**

L'équipe médico-sociale de Mondial Assistance analyse la situation médico-sociale et socio-économique du Bénéficiaire, évalue ses besoins et lui fournit des informations sur la législation et la réglementation sociale ainsi que sur les moyens de financement des différentes aides (transport, hébergement, aide à domicile, etc.) dans les domaines suivants : maternité, prestations familiales, accueil du jeune enfant, emploi, chômage, maladie, accident, handicap, invalidité, retraite.

- **Services à la personne**

Mondial Assistance peut :

- fournir au Bénéficiaire toute l'information utile sur les services à la personne,
- mettre le Bénéficiaire en relation avec un Prestataire de son réseau de services à la personne entrant dans le cadre de la loi Borloo (assistance administrative, bricolage, soutien scolaire, etc.) et hors cadre de la loi Borloo (esthéticienne, coiffure à Domicile, pédicure, manucure, massages - hors soins thérapeutiques).

Les Prestataires délivrant des prestations de services à la personne dans le cadre des activités définies comme telles par la loi Borloo sont agréés, afin que le Bénéficiaire puisse profiter d'avantages fiscaux.

**Les coûts des devis et des prestations utilisées sont à la charge du Bénéficiaire.**

**Pour toute mise en place de prestation, le Prestataire dispose d'un délai minimum de 72 (soixante-douze) heures pour prendre contact avec le Bénéficiaire.**

**Les informations fournies par Mondial Assistance exclusivement par téléphone sont des renseignements à caractère documentaire. La responsabilité de Mondial Assistance ne pourra être recherchée dans le cas d'une utilisation ou interprétation erronée des renseignements communiqués.**

#### **5.1.2 EN CAS D'HOSPITALISATION DE PLUS DE 24 H OU IMMOBILISATION A DOMICILE DE PLUS DE 5 JOURS**

Sur simple appel téléphonique, suite à l'Hospitalisation ou l'Immobilisation à Domicile du Bénéficiaire et dans les conditions et limites indiquées à l'article 2 « RESUME DES PRESTATIONS ET PRISES EN CHARGE », Mondial Assistance met en œuvre les prestations ci-après :

- **Evaluation des besoins et recommandations**

telle que décrite au 5.4 « DESCRIPTION DES SERVICES ET AIDES A DOMICILE ».

- **Enveloppe de services et d'aide à Domicile**

telle que décrite au 5.4 « DESCRIPTION DES SERVICES ET AIDES A DOMICILE ».

- **Livraison en urgence au Domicile de médicaments** immédiatement nécessaires prescrits par un médecin

**Le coût des médicaments reste à la charge du Bénéficiaire.**

- **Livraison et mise à disposition du matériel médical** prescrit par le médecin traitant

Le Prestataire assure l'installation du matériel au Domicile ainsi que le service après-vente.

**Avant toute livraison et mise à disposition de matériel médical, la demande, formulée par téléphone, doit être confirmée par courrier, fax ou email.**

Le coût d'achat ou de location du matériel reste à la charge du Bénéficiaire.

- **Téléassistance ponctuelle à Domicile**

Le dispositif de téléassistance au Domicile composé d'un appareil de télécommunication automatique et d'un service d'écoute permet au Bénéficiaire, en cas de besoin, de lancer une alerte de n'importe quel endroit du Domicile et d'être immédiatement pris en charge par un Prestataire spécialisé qui mobilisera les moyens adaptés pour lui venir en aide.

La mise en place du dispositif de téléassistance nécessite la collecte d'informations à caractère personnel et l'installation du matériel d'interphonie.

#### **5.1.3 EN CAS D'HOSPITALISATION OU D'IMMOBILISATION A DOMICILE DE L'ENFANT**

Lorsque le Bénéficiaire Hospitalisé ou Immobilisé à Domicile est un Enfant, Mondial Assistance met en œuvre, dans les conditions et limites indiquées à l'article 2 « RESUME DES PRESTATIONS ET PRISES EN CHARGE », la prestation ci-après :

- **Aide pédagogique de l'Enfant**

Lorsque l'Immobilisation à Domicile de l'Enfant entraîne une absence scolaire de longue durée, Mondial Assistance organise et prend en charge l'intervention au Domicile d'un Prestataire répétiteur scolaire habilité à donner des cours du niveau de la classe de l'Enfant.

**L'aide pédagogique est accordée pour les Enfants scolarisés dans l'enseignement primaire ou secondaire uniquement.**

Elle est dispensée pendant les jours normalement scolarisés sauf le samedi et hors jours fériés, par tranches de 3 (trois) heures de cours au minimum dans la journée, par matière et par répétiteur scolaire. Elle cesse dès que l'Enfant a repris les cours normalement ou à la fin de l'année scolaire en cours.

Sous réserve de l'accord exprès de l'établissement de soins, l'aide pédagogique peut également être fournie en cas d'Hospitalisation de l'Enfant.

**Le délai pour la mise en œuvre de cette prestation est de 2 (deux) jours ouvrés minimum à compter de la demande.**

**Sont exclues les phobies scolaires.**

#### **5.1.4 EN CAS D'HOSPITALISATION AMBULATOIRE**

Sur simple appel téléphonique, et dans les conditions et limites indiquées à l'article 2 « RESUME DES PRESTATIONS ET PRISES EN CHARGE », Mondial Assistance met en œuvre les prestations ci-après :

- **Evaluation des besoins et recommandations**

telle que décrite au 5.4 « DESCRIPTION DES SERVICES ET AIDES A DOMICILE ».

- **Enveloppe de services**

telle que décrite au 5.4 « DESCRIPTION DES SERVICES ET AIDES A DOMICILE ».

#### **5.2 EN CAS D'AFFECTION DE LONGUE DUREE**

Lorsque l'Hospitalisation ou l'Immobilisation à Domicile du Bénéficiaire est due à la survenance d'une Affection de longue durée, Mondial Assistance met en œuvre, dans les conditions et limites indiquées à l'article 2 « RESUME DES PRESTATIONS ET PRISES EN CHARGE », les prestations ci-après :

- **Evaluation des besoins et recommandations**

telle que décrite au 5.4 « DESCRIPTION DES SERVICES ET AIDES A DOMICILE ».

- **Enveloppe de services et d'aide à Domicile**

telle que décrite au 5.4 « DESCRIPTION DES SERVICES ET AIDES A DOMICILE ».

## • Assistance aux devoirs

Lorsque le Bénéficiaire assuré ou son Conjoint est atteint d'une Affection de longue durée, Mondial Assistance met l'Enfant en contact avec un Prestataire enseignant qui l'aidera à faire ses devoirs.

La prestation d'assistance aux devoirs est disponible pour le français, les mathématiques, la physique, la chimie, l'anglais, et les S.V.T.

Elle est délivrée via une classe virtuelle sur internet ou par téléphone et/ou par échange de messages électroniques avec un professeur du lundi au jeudi de 17h00 à 20h00 et sans interruption du jeudi 20h00 au dimanche 20h00

### 5.2.1 ASSISTANCE A L'INSERTION OU LA REINSERTION DANS LE MONDE PROFESSIONNEL

Pour accompagner le Bénéficiaire assuré souffrant d'une Affection de longue durée, Mondial Assistance organise et prend en charge dans les conditions et limites indiquées à l'article 2 « RESUME DES PRESTATIONS ET PRISES EN CHARGE », les prestations définies ci-après :

- **Service d'informations juridiques**, administratives et pratiques sur l'emploi et la vie professionnelle.
- **Evaluation, bilan personnel et professionnel et aide à l'élaboration d'un projet professionnel** pour le Conjoint Survivant.
- **Formation aux outils et techniques de recherche d'emploi**  
Si le Bénéficiaire assuré recherche un emploi salarié, Mondial Assistance le forme aux outils et techniques de recherche d'emploi :
  - rédaction d'un curriculum vitae et d'une lettre de motivation
  - préparation aux entretiens d'embauche
  - activation des réseaux relationnels et des réseaux sociaux
  - utilisation du téléphone et d'internet dans la recherche d'emploi

Ou

- **Accompagnement à la création ou reprise d'entreprise ou à la reconversion professionnelle**

Le Bénéficiaire assuré est conseillé par un Prestataire sur tous les aspects d'un projet de création ou de reprise d'entreprise.

**En aucun cas, Mondial Assistance ne se substitue au Bénéficiaire assuré pour créer ou reprendre une entreprise.**

## • Entretiens de suivi

Des entretiens de suivi et de coaching permettent d'évaluer l'évolution du projet et d'apporter tout complément d'information.

Les services d'assistance à l'insertion ou la réinsertion dans le monde professionnel sont accessibles du lundi au vendredi, hors jours fériés, de 9h00 à 18h00 (fuseau horaire de France métropolitaine).

**Certaines demandes peuvent nécessiter des recherches : Mondial Assistance s'engage à répondre dans un délai maximum de 8 (huit) jours.**

**La responsabilité de Mondial Assistance ne pourra en aucun cas être recherchée dans le cas d'une mauvaise utilisation ou interprétation inexacte du ou des renseignements qui lui ont été communiqués.**

## 5.3 MATERNITE

### 5.3.1 SERVICE D'INFORMATIONS – PREVENTION

Sur simple appel téléphonique, du lundi au samedi, hors jours fériés, de 8h00 à 20h00 (fuseau horaire de la France métropolitaine), Mondial Assistance met en œuvre les prestations ci-après :

#### • Informations relatives à la grossesse et à la petite enfance

Mondial Assistance communique des renseignements dans les domaines suivants :

- Maternités et méthodes d'accouchement,
- Alimentation et diététique,
- Environnement social de la grossesse et de la petite enfance,
- Démarches administratives liées à la grossesse et à la maternité,
- Modes de garde et les démarches associées,
- Relations parents - enfants,
- Fiscalité, justice, défense recours, assurance et protection sociale.

**Ce service ne peut en aucun cas remplacer une consultation médicale personnalisée auprès d'un médecin.**

**En aucun cas les renseignements fournis ne feront l'objet d'une confirmation écrite.**

Certaines demandes peuvent nécessiter des recherches. Mondial Assistance s'engage à répondre dans un délai de 48 (quarante-huit) heures ouvrées.

#### • Conseil santé lié à la maternité

Mondial Assistance fournit des informations détaillées sur les pathologies affectant les femmes enceintes et les modalités de prévention envisageables ainsi que les modalités de dépistage pour chaque pathologie.

**Ce service ne peut en aucun cas remplacer une consultation médicale personnalisée auprès d'un médecin.**

#### • Calendrier vaccinal

Mondial Assistance communique au Bénéficiaire, des informations sur le calendrier vaccinal : vaccins obligatoires, vaccins recommandés, modalités de la vaccination, suites prévisibles de la vaccination, etc.

### 5.3.2 ASSISTANCE A DOMICILE PENDANT LA GROSSESSE

**Si la durée d' Hospitalisation est de plus de 5 jours pour la Bénéficiaire ou de son conjoint ou la durée d'Immobilisation est de plus de 15 jours avec alitement de la Bénéficiaire ou de son conjoint ou lors de naissance multiple ou d'un grand prématuré\***, Mondial Assistance met en œuvre, dans les conditions et limites indiquées à l'article 2 « RESUME DES PRESTATIONS ET PRISES EN CHARGE », les prestations ci-après :

#### • Evaluation des besoins et recommandations

Telle que décrite au 5.4 « DESCRIPTION DES SERVICES ET AIDES A DOMICILE ».

#### • Enveloppe de services et d'aide à Domicile

Telle que décrite au 5.4 « DESCRIPTION DES SERVICES ET AIDES A DOMICILE ».

#### • Livraison en urgence au Domicile de médicaments immédiatement nécessaires prescrits par un médecin

**Le coût des médicaments reste à la charge du Bénéficiaire.**

#### • Livraison et mise à disposition du matériel médical prescrit par le médecin traitant.

Le Prestataire assure l'installation du matériel au Domicile ainsi que le service après-vente.

**Avant toute livraison et mise à disposition de matériel médical, la demande, formulée par téléphone, doit être confirmée par courrier, fax ou email.**

**Le coût d'achat ou de location du matériel reste à la charge du Bénéficiaire.**

(\*) Naissance d'un enfant inférieur à 37 semaines aménorrhées.



### 5.3.3 ASSISTANCE A DOMICILE A LA NAISSANCE

Si la durée d' Hospitalisation est de plus de 5 jours pour la Bénéficiaire ou de son conjoint ou la durée d'Immobilisation de plus de 15 jours ou de son conjoint ou lors de naissance multiple ou d'un grand prématuré\*, Mondial Assistance met en œuvre, dans les conditions et limites indiquées à l'article 2 « RESUME DES PRESTATIONS ET PRISES EN CHARGE », les prestations ci-après :

- **Evaluation des besoins et recommandations**

Telle que décrite au 5.4 « DESCRIPTION DES SERVICES ET AIDES A DOMICILE ».

- **Enveloppe de services et d'aide à Domicile**

Telle que décrite au 5.4 « DESCRIPTION DES SERVICES ET AIDES A DOMICILE ».

- **Livraison en urgence au Domicile de médicaments** immédiatement nécessaires prescrits par un médecin

**Le coût des médicaments reste à la charge du Bénéficiaire.**

- **Livraison et mise à disposition du matériel médical prescrit par le médecin traitant**

Le Prestataire assure l'installation du matériel au Domicile ainsi que le service après-vente.

**Avant toute livraison et mise à disposition de matériel médical, la demande, formulée par téléphone, doit être confirmée par courrier, fax ou email.**

**Le coût d'achat ou de location du matériel reste à la charge du Bénéficiaire.**

(\* ) Naissance d'un enfant inférieur à 37 semaines aménorrhées.

### 5.3.4 ASSISTANCE A DOMICILE APRES LA NAISSANCE

Si la mère et/ou le nouveau-né doivent être hospitalisés plus de 5 jours au cours des 9 (neuf) mois qui suivent la sortie de la maternité, Mondial Assistance met en œuvre, dans les conditions et limites indiquées à l'article 2 « RESUME DES PRESTATIONS ET PRISES EN CHARGE », les prestations ci-après :

- **Evaluation des besoins et recommandations**

Telle que décrite au 5.4 « DESCRIPTION DES SERVICES ET AIDES A DOMICILE ».

- **Enveloppe de services et d'aide à Domicile**

Telle que décrite au 5.4 « DESCRIPTION DES SERVICES ET AIDES A DOMICILE ».

- **Livraison en urgence au Domicile de médicaments** immédiatement nécessaires prescrits par un médecin

**Le coût des médicaments reste à la charge du Bénéficiaire.**

- **Livraison et mise à disposition du matériel médical prescrit par le médecin traitant**

Le Prestataire assure l'installation du matériel au Domicile ainsi que le service après-vente.

**Avant toute livraison et mise à disposition de matériel médical, la demande, formulée par téléphone, doit être confirmée par courrier, fax ou email.**

**Le coût d'achat ou de location du matériel reste à la charge du Bénéficiaire.**

## 5.4 DESCRIPTION DES SERVICES ET AIDES A DOMICILE

- **Evaluation des besoins et recommandations**

Mondial Assistance analyse la situation médico-sociale et socio-économique du Bénéficiaire, évalue les besoins et lui propose les solutions d'aide et de services adaptées ainsi que les moyens de les mettre en œuvre et de les financer soit au titre de l'enveloppe de services et d'aide à Domicile proposée, soit en mobilisant d'autres sources de financement. Le Bénéficiaire est seul juge des prestations qu'il souhaite utiliser.

**La responsabilité de Mondial Assistance ne pourra être recherchée dans le cas d'une utilisation ou interprétation erronée des recommandations faites.**

- **Enveloppe de services et d'aide à Domicile**

Mondial Assistance organise et prend en charge les services choisis par le Bénéficiaire parmi les services proposés ci-après, dans la limite d'une enveloppe dont le montant, les conditions et les limites sont indiquées à l'article 2 « RESUME DES PRESTATIONS ET PRISES EN CHARGE ».

**La mise en œuvre des services et aides à Domicile est subordonnée aux disponibilités locales et aux horaires d'ouverture des réseaux de Prestataires.**

**Le délai pour la mise en place des prestations est d'une demi-journée ouvrée à compter de la demande.**

**Les services et aides à Domicile peuvent être demandés au fur et à mesure des besoins, pendant la durée de l'évènement garanti ouvrant droit à la prestation.**

**Le coût de chaque service utilisé vient en déduction du montant de l'enveloppe disponible.**

Dès qu'il le souhaite, le Bénéficiaire peut contacter Mondial Assistance par téléphone pour connaître le solde encore disponible et obtenir des conseils sur son utilisation.

**Il est précisé que les services proposés sont mis en place en fonction des besoins et des demandes du Bénéficiaire.**

**Le montant maximum indiqué à l'article 2 « RESUME DES PRESTATIONS ET PRISE EN CHARGE » ne saurait donner droit à un paiement en espèces.**

**Lorsque le Bénéficiaire est encore couvert au titre de la Convention et a utilisé la totalité du montant de l'enveloppe avant la fin de l'évènement garanti, Mondial Assistance peut, à sa demande :**

- organiser les services de son choix, parmi les services et aides proposés,

- lui communiquer les coordonnées de Prestataires spécialisés dans les domaines de services proposés.

**Le coût des services alors proposés reste à la charge du Bénéficiaire.**

Ci-après la description des services et aides à Domicile proposés :

#### **Transport**

Mondial Assistance prend en charge le Transport non médicalisé du Bénéficiaire valide.

#### **Hébergement des parents à proximité du Bénéficiaire mineur pendant son Hospitalisation**

Si le Bénéficiaire mineur est hospitalisé à plus de 50 km de son Domicile, Mondial Assistance organise et prend en charge l'Hébergement de ses parents pendant la durée de l'Hospitalisation dans la limite de 70 € TTC/ nuit.

**Cette prestation n'est pas disponible en cas d'Hospitalisation ambulatoire.**

#### **Aide à Domicile : Auxiliaire de vie, travailleuse familiale, et aide-ménagère**

Mondial Assistance met à la disposition du Bénéficiaire une aide à Domicile qui peut être réalisée :

- soit par une auxiliaire de vie qui dispense des soins quotidiens (toilette quotidienne), hors soins médicaux relevant d'un médecin ou d'un(e) infirmier(ère),

- soit par une travailleuse familiale qui prodigue des conseils dans le domaine de l'éducation familiale,

- soit par une aide-ménagère qui effectue les petits travaux ménagers quotidiens (repassage, ménage, aide à la préparation des repas etc.) au Domicile du Bénéficiaire.

Chaque prestation d'aides à Domicile dure au minimum 2 (deux) heures et peut être fournie du lundi au samedi, hors jours fériés de 8h00 à 18h00.

**Cette prestation n'est pas disponible en cas d'Hospitalisation ambulatoire.**

### Préparation du retour au Domicile

Mondial Assistance organise et prend en charge la venue d'une Prestataire pour effectuer les tâches ménagères, ouvrir les volets, mettre le logement à température, faire des courses.

#### **Le coût des courses reste à la charge du Bénéficiaire.**

Cette prestation s'effectue sous réserve de la mise à disposition des clés, des codes d'accès du Domicile et des conditions d'accessibilité en toute sécurité.

Mondial Assistance peut organiser le Transport de l'intervenant pour aller chercher les clés.

La prestation dure au minimum 2 (deux) heures et peut être fournie du lundi au samedi, hors jours fériés, de 8h00 à 18h00.

**Cette prestation n'est pas disponible en cas d'Hospitalisation ambulatoire.**

### Transfert d'un Proche au Domicile du Bénéficiaire ou du Bénéficiaire au Domicile d'un Proche

Mondial Assistance organise et prend en charge le transfert d'un Proche au Domicile du Bénéficiaire (Transport aller-retour) ou le transfert du Bénéficiaire au Domicile d'un Proche pour s'occuper du Bénéficiaire et/ou des Enfants.

### Transfert des Enfants de moins de 15 ans et/ou des Membres de la famille dépendants au Domicile d'un Proche

Mondial Assistance organise et prend en charge le transfert des Enfants et/ou des Ascendants dépendants à charge au Domicile d'un Proche (Transport aller-retour) ainsi que le voyage d'un Proche qui les accompagne (Transport aller-retour). Si nécessaire, Mondial Assistance missionne un accompagnateur.

### Garde à Domicile des Enfants de moins de 15 ans

Mondial Assistance organise et prend en charge la garde à Domicile des Enfants du Bénéficiaire Hospitalisé ou Immobilisé au Domicile. Chaque prestation de garde d'enfant dure au minimum 2 (deux) heures et peut être fournie du lundi au samedi, hors jours fériés de 8h00 à 19h00.

La prestation est rendue **dans la limite des disponibilités locales** par un Prestataire dont la mission consiste à garder l'Enfant au Domicile, préparer les repas, apporter des soins quotidiens à l'Enfant **(à l'exclusion des soins médicaux)**.

Pendant ses heures de présence, l'intervenant(e) pourra accompagner les Enfants à la crèche, à l'école ou à leurs activités extrascolaires et retourner les chercher, à condition que le déplacement se fasse sans véhicule.

### Conduite en taxi à l'école et/ou aux activités extra scolaires des Enfants scolarisés jusqu'au niveau baccalauréat

Si aucun Proche ne peut accompagner les Enfants à l'école ou à leurs activités extrascolaires, Mondial Assistance prend en charge le Transport des Enfants en taxi aller-retour depuis le Domicile. Les Enfants seront obligatoirement accompagnés d'un adulte désigné par le Bénéficiaire.

**Cette prestation n'est pas disponible en cas d'Hospitalisation ambulatoire.**

### Veille ou prise en charge des Membres de la famille dépendants à charge

Si aucun Proche n'est disponible sur place, Mondial Assistance missionne :

- soit une auxiliaire de vie qui aide aux actes de la vie quotidienne (aide au lever, au coucher, toilette, repas, habillement, etc.)
- soit une personne de compagnie.

Chaque prestation dure au minimum 2 (deux) heures et peut être fournie du lundi au samedi, hors jours fériés de 8h00 à 19h00.

### Portage des repas

Mondial Assistance organise et prend en charge le portage du repas

au Domicile du Bénéficiaire avec un délai de mise en place de **4 (quatre) jours ouvrés maximum à compter de la demande. Ce service n'est pas disponible les samedis, dimanches et jours fériés.**

Les repas sont livrés par pack de 5 ou 7 « déjeuners + dîners ».

#### **Le coût des repas n'est pas pris en charge.**

Dans les zones non desservies ou lorsque le pack de repas n'est pas adapté, Mondial Assistance peut proposer l'intervention d'un Prestataire pour préparer les repas au Domicile dans les conditions précisées à la prestation « **Aide à Domicile** » de l'article 5.2.

**Cette prestation est disponible uniquement en France métropolitaine, hors Corse et DROM-COM.**

### Garde à Domicile de l'Enfant de moins de 15 ans malade ou convalescent

Mondial Assistance organise et prend en charge l'intervention d'un Prestataire au Domicile pour garder l'Enfant, préparer ses repas et lui apporter les soins quotidiens.

Chaque prestation de la garde d'Enfant dure au minimum 2 (deux) heures et peut être fournie du lundi au samedi, hors jours fériés de 8h00 et 19h00.

### Fermeture du Domicile quitté en urgence

En cas d'Hospitalisation du Bénéficiaire et s'il a quitté son Domicile précipitamment, Mondial Assistance organise et prend en charge la venue d'une Prestataire aide-ménagère afin de fermer les accès du Domicile (volets, fenêtres, portes...), éteindre les lumières, les appareils électriques en fonctionnement, trier les denrées périssables, étendre le linge resté dans la machine à laver.

Cette prestation s'effectuera sous réserve de la mise à disposition des clés, des codes d'accès du Domicile et des conditions d'accessibilité en toute sécurité.

Mondial Assistance peut organiser le Transport aller-retour de l'aide-ménagère pour aller chercher les clés.

La prestation dure au minimum 2 (deux) heures et peut être fournie du lundi au samedi, hors jours fériés de 8h00 à 18h00.

**Cette prestation n'est pas disponible en cas d'Hospitalisation ambulatoire.**

### Assistance aux animaux de compagnie (chats et chiens, à l'exclusion de tout autre animal)

Mondial Assistance organise et prend en charge la garde de l'animal du Bénéficiaire par un Prestataire, frais de nourriture compris.

**L'animal concerné doit avoir reçu toutes les vaccinations obligatoires. Sont exclus les chiens de 1ère et 2nde catégorie (article L211-12 du Code rural et de la pêche maritime).**

**Cette prestation n'est pas disponible en cas d'Hospitalisation ambulatoire.**

### Livraison de courses

Mondial Assistance organise et prend en charge la livraison des courses au Domicile.

Le Bénéficiaire doit être disponible pour fournir les fonds et la liste des produits souhaités.

Le coût des courses reste à la charge du Bénéficiaire.

### Bien-être à domicile: coiffure et esthétique

Mondial Assistance rembourse sur facture les services de soins suivants :

- esthéticienne,
  - coiffeur,
  - prothésiste capillaire,
- y compris ceux réalisés à domicile.

**Cette prestation n'est pas disponible en cas d'Hospitalisation ambulatoire.**

## 5.5 ASSISTANCE AUX PERSONNES

Dans les conditions et limites indiquées à l'article 2 « RESUME DES PRESTATIONS ET PRISES EN CHARGE », Mondial Assistance organise et prend en charge les prestations ci-après :

### • **Rapatriement ou transport sanitaire du Bénéficiaire**

- Transport, sanitaire si nécessaire, du Bénéficiaire vers le centre hospitalier le mieux adapté à son état de santé (soit dans le pays où il se trouve soit en France métropolitaine) par les moyens les plus appropriés.
- Lorsque l'hospitalisation n'a pas pu se faire à proximité du Domicile, le transfert vers un hôpital plus proche est pris en charge dès que l'état du Bénéficiaire le permet.
- Si l'hospitalisation à l'arrivée n'est pas indispensable, le transport du Bénéficiaire, sanitaire si nécessaire, est pris en charge jusqu'à son Domicile.

Les décisions sont prises en considération du seul intérêt médical du Bénéficiaire et appartiennent exclusivement aux médecins de Mondial Assistance en accord avec les médecins traitants locaux.

Les médecins de Mondial Assistance se mettent en rapport avec les structures médicales sur place et, si nécessaire, avec le médecin traitant habituel du Bénéficiaire afin de réunir les informations permettant de prendre les décisions les mieux adaptées à son état de santé.

Le rapatriement du Bénéficiaire est décidé et géré par un personnel médical titulaire d'un diplôme légalement reconnu dans le pays où ce personnel médical exerce habituellement son activité professionnelle.

Seuls, l'intérêt médical du Bénéficiaire et le respect des règlements sanitaires en vigueur, sont pris en considération pour arrêter la décision de transport, le choix du moyen de transport et le choix du lieu d'hospitalisation éventuelle.

En raison des risques pouvant mettre en danger la santé des femmes ayant atteint un stade avancé dans leur grossesse, les compagnies aériennes appliquent des restrictions, différentes selon les compagnies et susceptibles d'être modifiées sans préavis : examen médical au maximum 48 heures avant le départ, certificat médical, accord médical de la compagnie, etc. Le transport par avion est subordonné à l'obtention des autorisations accordées par la compagnie aérienne. Mondial Assistance ne saurait être tenue responsable d'un retard ou d'un empêchement dans l'exécution de la prestation « Rapatriement ou transport sanitaire du Bénéficiaire » du fait de toute restriction d'une compagnie aérienne.

Si le Bénéficiaire refuse de suivre les décisions prises par le service médical de Mondial Assistance, il dégage Mondial Assistance de toute responsabilité des conséquences d'une telle initiative, notamment en cas de retour par ses propres moyens ou d'aggravation de son état de santé, et perd tout droit à prestation et indemnisation de la part de Mondial Assistance.

- **Transfert (Transport aller-simple) d'un Proche accompagnant le Bénéficiaire pendant son rapatriement.**
- **Frais médicaux d'urgence à l'étranger**

Remboursement des Frais médicaux d'urgence à l'étranger sur prescription médicale restant à la charge du Bénéficiaire après intervention des organismes de sécurité sociale, d'assurance maladie complémentaire ou de prévoyance auxquels le Bénéficiaire est affilié.

Cette prestation cesse le jour où le service médical de Mondial Assistance estime que le rapatriement du Bénéficiaire est possible.

Pour bénéficier de cette prestation, le Bénéficiaire doit relever obligatoirement d'un régime primaire d'assurance maladie le

**couvrant au titre des Frais médicaux d'urgence à l'étranger, pendant toute la durée du voyage.**

Mondial Assistance peut également procéder à l'avance des frais d'hospitalisation imprévus et urgents, après accord de son service médical, dans la limite du plafond figurant à l'article 2 « RESUME DES PRESTATIONS ET PRISES EN CHARGE ».

Dans ce cas, le Bénéficiaire s'engage à rembourser cette avance à Mondial Assistance dans un délai de 3 (trois) mois à compter de la date de mise à disposition des fonds. Passé ce délai, Mondial Assistance sera en droit d'exiger, outre le montant de l'avance consentie, les frais et les intérêts légaux.

Cette avance est subordonnée à l'établissement d'un formulaire de reconnaissance de dette.

**Ne donnent pas lieu à prise en charge complémentaire ou à l'avance de frais :**

- les frais d'implant, de prothèses internes, optiques, dentaires, acoustiques, fonctionnelles, esthétiques ou autres, ainsi que les frais d'appareillage,
- les frais engagés en France métropolitaine et dans les Départements d'outre-mer, qu'ils soient consécutifs ou non à un Accident corporel ou une Maladie survenu en France ou à l'étranger,
- les frais de vaccination,
- les frais résultant de soins ou de traitements dont le caractère thérapeutique n'est pas reconnu par la législation française,
- les frais de rééducation, de cure thermale ou de séjour en maison de repos, ainsi que les frais de soins ou traitements ne résultant pas d'une urgence médicale.

- **Prolongation du séjour du Bénéficiaire** immobilisé sur place à l'hôtel.

- **Soutien du Bénéficiaire hospitalisé ou immobilisé sur place**

- Prolongation du séjour d'une personne restée au chevet du Bénéficiaire :

- Hébergement sur place et
- Transport retour.

**Ou**

- Transfert d'un Proche au chevet du Bénéficiaire hospitalisé ou immobilisé sur place :

- Transport (aller et retour) et
- Hébergement sur place.

- **Retour au Domicile du Bénéficiaire dès que son état de santé le permet.**

### 5.5.1 EN CAS DE DECES

Dans les conditions et limites indiquées à l'article 2 « RESUME DES PRESTATIONS ET PRISES EN CHARGE » et sous réserve de l'obtention du permis d'inhumation, Mondial Assistance organise et prend en charge les prestations ci-après :

- **Transport du corps** depuis le lieu du décès jusqu'à l'établissement de l'opérateur funéraire du lieu d'inhumation ou de crémation en France, choisi par le défunt ou les Membres de la famille.

- **Frais funéraires** afférents à ce transport.

- **Transfert d'un Proche (Transport aller-retour et Hébergement) sur le lieu du décès :**

- soit pour remplir les formalités administratives avant le transport du corps
- soit pour assister à l'inhumation ou la crémation sur place.

### 5.5.2 POUR LES PERSONNES VOYAGEANT AVEC LE BENEFICIAIRE

Lorsque l'indisponibilité du Bénéficiaire, en raison d'un événement garanti, rend impossible le retour au Domicile des autres personnes



voyageant avec le Bénéficiaire dans les conditions initialement prévues, Mondial Assistance organise et prend en charge dans les conditions et limites indiquées à l'article 2 « RESUME DES PRESTATIONS ET PRISES EN CHARGE », les prestations définies ci-après :

- **Acheminement d'un Proche ou d'un accompagnateur** (Transport aller-retour) pour le retour au Domicile des personnes handicapées ou de moins de 15 ans restées seules sur place.

### 5.5.3 RETOUR PREMATURE

En cas :

- d'Hospitalisation d'urgence d'un Membre de la famille en France suite à une Maladie ou un Accident corporel engageant le pronostic vital,
- de décès d'un Membre de la famille ne participant pas au déplacement et vivant en France,
- **Retour au Domicile**
  - Transport aller-simple pour le Bénéficiaire et un accompagnant.
- ou**
  - Transport aller-retour pour le Bénéficiaire.

### 5.5.4 MISE A DISPOSITION DE MEDICAMENTS

En cas d'impossibilité pour le Bénéficiaire de se procurer sur place des médicaments prescrits avant le départ, indispensables à un traitement curatif en cours, introuvables sur son lieu de séjour :

- **Recherche sur place et mise à disposition du Bénéficiaire de médicaments équivalents**, sous réserve de l'accord du médecin prescripteur,
- ou**
- **Mise en place d'un dispositif permettant au Bénéficiaire de suivre le traitement dont il a besoin.**

**Mondial Assistance ne peut être tenue pour responsable des délais d'acheminement des médicaments ni d'une éventuelle indisponibilité des médicaments.**

**Les frais d'achat des médicaments et/ou de suivi d'un traitement restent à la charge du Bénéficiaire.**

**Mondial Assistance peut avancer ces frais. Cette avance est subordonnée à l'établissement d'un formulaire de reconnaissance de dette. Le Bénéficiaire s'engage à les lui rembourser dans un délai de trois (3) mois à compter de la date de la réception des médicaments. Passé ce délai, Mondial Assistance serait en droit d'exiger le montant de l'avance consentie augmentée des intérêts légaux.**

### 5.5.5 ASSISTANCE JURIDIQUE A L'ETRANGER

En cas d'infraction involontaire à la législation du pays où séjourne le Bénéficiaire :

- **Avance de la caution pénale**, si le Bénéficiaire est incarcéré ou menacé de l'être, à condition que les poursuites dont il fait l'objet ne soient pas relatives :
  - au trafic de stupéfiants et/ou de drogues,
  - à une participation à des mouvements politiques.

**Cette avance est subordonnée à l'établissement d'un formulaire de reconnaissance de dette.**

**Le Bénéficiaire s'engage à rembourser cette avance à Mondial Assistance dans un délai de 3 (trois) mois à compter de la date de son retour de voyage. Passé ce délai, Mondial Assistance sera en droit d'exiger, outre le montant de l'avance consentie, les frais et les intérêts légaux.**

## 5.6 PREVENTION

Un accès aux programmes Nutricoach et Hospizen

- **« Nutricoach »** (programme d'éducation et d'accompagnement nutritionnel et aide à la perte pondérale)

Sur simple appel téléphonique du lundi au samedi, hors jours fériés, de 8h00 à 20h00 (fuseau horaire de France métropolitaine) Mondial Assistance met en oeuvre, dans les conditions et limites indiquées à l'article 2 « RESUME DES PRESTATIONS ET PRISES EN CHARGES », le programme Nutricoach ci-après :

Mondial Assistance fournit au Bénéficiaire :

- un bilan d'évaluation des pratiques alimentaires par rapport aux normes du Programme National Nutrition Santé,
- des informations sur les bonnes pratiques préventives et les règles hygiéno-diététiques pour une alimentation équilibrée et la gestion des écarts alimentaires,
- un accompagnement téléphonique à la mise en oeuvre et au maintien d'une stratégie de perte pondérale.

Le programme «Nutricoach» s'appuie sur un site internet proposant un module de suivi et un générateur de menus adaptés à la situation et aux objectifs déclarés par le Bénéficiaire.

Un programme d'envoi de SMS est également proposé au Bénéficiaire pendant toute la durée de l'accompagnement.

**Ce programme d'information, d'éducation et d'accompagnement nutritionnel s'adresse aux Bénéficiaires âgés de 16 (seize) ans au moins avec, pour les Bénéficiaires de moins de 18 (dix-huit) ans, l'accord préalable des parents.**

- **Accès au site « Hospizen »**

En cas d'hospitalisation, et en complément des moyens mis à sa disposition pour contacter l'Assistance, le Bénéficiaire peut accéder à Hospizen.

Le site Hospizen, <https://www.hospizen.fr/cegema>, lui permet, préalablement à une hospitalisation, de consulter en ligne des informations relatives à la préparation pratique de son hospitalisation et de son retour au Domicile.

De plus le Bénéficiaire peut également via ce site présélectionner, préalablement ou postérieurement à son Hospitalisation, les prestations d'assistance dont il souhaite bénéficier à son retour au Domicile.

L'Assistance contactera le Bénéficiaire pour finaliser l'organisation des prestations d'assistance dont les conditions et limites de mise en oeuvre sont prévues à l'Article 2.

## 6. RESPONSABILITE

**Mondial Assistance ne peut en aucun cas se substituer aux organismes locaux de secours d'urgence.** Le Bénéficiaire ou ses proches doivent, en cas d'urgence, prendre contact directement et en priorité avec les services locaux de secours d'urgence.

**Mondial Assistance ne sera pas tenue responsable des manquements ou contretemps à l'exécution de ses obligations qui résulteraient de cas de force majeure ou d'événements tels que guerres civiles ou étrangères, révolutions, instabilité politique notoire, représailles, embargos, sanctions économiques (récapitulatif des mesures restrictives par pays disponible sur le site internet du Ministère de l'Économie et des Finances : <https://www.tresor.economie.gouv.fr/Ressources/sanctions-financieres-internationales>), mouvements populaires, émeutes, sabotage, terrorisme, grèves, saisies ou contraintes par la force publique, interdictions officielles, explosions d'engins, effets nucléaires ou radioactifs, empêchements climatiques graves et les événements imprévisibles d'origine naturelle.**

**Une information pour chaque pays est également disponible dans la rubrique « Conseil aux voyageurs » du site internet du Ministère des Affaires étrangères et du Développement international <http://www.diplomatie.gouv.fr/fr/conseils-aux-voyageurs/conseils-par-pays/>**

Elle s'efforcera néanmoins de tout mettre en oeuvre pour venir en aide au Bénéficiaire.



L'organisation par le Bénéficiaire ou par son entourage de l'une des assistances énoncées dans la Convention ne peut donner lieu à remboursement que si Mondial Assistance a été prévenue et a donné son accord exprès.

Les frais exposés seront remboursés sur présentation des justificatifs originaux, dans la limite de ceux que Mondial Assistance aurait engagés pour organiser la prestation.

La responsabilité de Mondial Assistance concerne uniquement les services qu'elle réalise en exécution de la Convention. Elle ne sera pas tenue responsable des actes réalisés par les Prestataires intervenant auprès du Bénéficiaire en leur propre nom et sous leur propre responsabilité. Elle ne sera pas tenue responsable de l'inexécution ou de la mauvaise exécution de leurs obligations contractuelles consécutive à un cas de force majeure.

## 7. EXCLUSIONS GENERALES

### 7.1 EXCLUSION GENERALES

Outre les exclusions prévues dans la Convention, sont toujours exclus :

- les frais non justifiés par des documents originaux,  
- le suicide ou les conséquences de tentative de suicide du Bénéficiaire,

- les dommages consécutifs à la consommation d'alcool par le Bénéficiaire ou l'absorption par le Bénéficiaire de médicaments, drogues ou substance stupéfiante mentionnée au Code de la santé publique, non prescrits médicalement,

- les conséquences :

- des situations à risques infectieux en contexte épidémique,
- de l'exposition à des agents biologiques infectants,
- de l'exposition à des agents chimiques type gaz de combat,
- de l'exposition à des agents incapacitants,
- de l'exposition à des agents radioactifs,
- de l'exposition à des agents neurotoxiques ou à effets neurotoxiques rémanents,

qui font l'objet d'une mise en quarantaine ou de mesures préventives ou de surveillances spécifiques ou de recommandations de la part des autorités sanitaires internationales ou des autorités sanitaires locales du pays où le Bénéficiaire séjourne,

- les dommages provoqués intentionnellement par un Bénéficiaire et ceux résultant de sa participation à un crime, un délit ou une rixe, sauf cas de légitime défense,

- les conséquences :

- de maladies et accidents antérieurs à la date d'effet du contrat,
- de maladies psychologiques antérieurement diagnostiquées/avérées/constituées ou en cours de traitement à la date d'effet du contrat,
- des affections de longue durée, de maladies chroniques ou de l'invalidité permanente, antérieurement avérées/constituées,

- les dommages résultant de soins d'ordre esthétique non remboursés par le Régime Obligatoire (y compris chirurgie esthétique).

### 7.2 EXCLUSIONS SPECIFIQUES A L'ASSISTANCE AUX PERSONNES

Outres les Exclusions Générales figurant au 7.1, sont exclus :

- les conséquences :

- de maladies et accidents antérieurs à la date d'effet du contrat,
- de maladies psychologiques antérieurement

diagnostiquées/avérées/constituées ou en cours de traitement à la date d'effet du contrat,

- des affections de longue durée, de maladies chroniques ou de l'invalidité, antérieurement avérées/constituées,
- des interventions chirurgicales de confort ayant fait l'objet d'une hospitalisation continue, de jour ou ambulatoire, dans les six (6) mois précédant la demande d'assistance ;

- les dommages résultant de soins d'ordre esthétique (y compris chirurgie esthétique) ;

- les conséquences de tout incident du transport aérien réservé par le Bénéficiaire, opéré par une compagnie figurant sur la liste noire établie par la Commission européenne, quelle que soient sa provenance et sa destination ;

- les affections survenant au cours d'un voyage entrepris dans un but de diagnostic et/ou de traitement ;

- les suites éventuelles (contrôle, compléments de traitement, récurrences) d'une affection ayant donné lieu à un rapatriement dans les six (6) mois précédant la demande d'assistance ;

- l'organisation et la prise en charge d'un transport visées à l'article «Rapatriement ou transport sanitaire » pour des affections ou lésions bénignes qui peuvent être traitées sur place et qui n'empêchent pas le Bénéficiaire de poursuivre son voyage ;

- la participation du Bénéficiaire à tout sport exercé en compétition officielle ou à titre professionnel ou sous contrat avec rémunération, ainsi que les entraînements préparatoires;

- l'inobservation par le Bénéficiaire d'interdictions officielles, ainsi que le non-respect par le Bénéficiaire des règles officielles de sécurité, liées à la pratique d'une activité sportive ;

- les conséquences d'un Accident corporel survenu lors de la pratique par le Bénéficiaire de l'un des sports ou loisirs suivants, qu'il soit pratiqué à titre individuel ou dans le cadre d'une activité encadrée par une fédération sportive : le kite-surf, le skeleton, le bobsleigh, le saut à ski, toute glisse hors-piste, l'alpinisme à plus de 3 000 m, la varappe, la spéléologie, le delta-plane, planeur, parapente, toute activité de parachutisme ainsi que tout sport effectué avec ou à partir d'aéronefs ultralégers motorisés au sens du Code de l'aviation civile ;

- les conséquences d'un Accident corporel survenu lors de la pratique par le Bénéficiaire du saut à l'élastique et de la plongée sous-marine avec appareil autonome lorsque l'activité n'est pas encadrée par un professionnel habilité;

## 8. MODALITES D'EXAMEN DES RECLAMATIONS

Lorsqu'un Bénéficiaire est mécontent du traitement de sa demande, sa première démarche doit être d'en informer son interlocuteur habituel pour que la nature de son insatisfaction soit comprise et que des solutions soient recherchées.

En cas de désaccord sur les solutions proposées, le Bénéficiaire peut adresser une réclamation à l'adresse électronique suivante :

[reclamation@votreassistance.fr](mailto:reclamation@votreassistance.fr)

(ou envoyer un courrier à l'adresse : AWP FRANCE SAS, Service Réclamations, TSA 70002 – 93488 Saint Ouen Cedex.)

Un accusé de réception parviendra au Bénéficiaire dans les dix (10) jours ouvrables (hors dimanches et jours fériés) à compter de la réception de la réclamation, sauf si la réponse à sa réclamation lui est transmise dans ces délais.

Une réponse lui sera fournie au plus tard dans les deux (2) mois suivant la date de réception de sa réclamation, hors survenance de circonstances particulières dont l'assureur le tiendrait informé.

Si le désaccord persiste, après la réponse de l'assureur ayant procédé à un dernier examen de sa demande épuisant les voies de recours internes, le Bénéficiaire peut alors saisir le médiateur

indépendant dont les coordonnées sont les suivantes :

La Médiation de l'Assurance  
<http://www.mediation-assurance.org>

LMA  
TSA 50110  
75441 Paris Cedex 09

Les entreprises d'assurance adhérentes de la FFA ont mis en place un dispositif permettant aux assurés et aux tiers de bénéficier d'une procédure de médiation pour le règlement de leurs litiges. Ce dispositif est défini par la Charte de la Médiation de l'Assurance.

## 8. PRESCRIPTION

Toute action dérivant du contrat d'assurance est prescrite par un délai de deux (2) ans à compter de l'événement qui y donne naissance, dans les conditions fixées à l'article L 114-1 du Code des assurances.

Les dispositions relatives à la prescription des actions dérivant du contrat d'assurance sont fixées par les articles L114-1 à L114-3 du Code des assurances reproduits ci-après :

### • Article L114-1 du Code des assurances

« 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.

Pour les contrats d'assurance sur la vie, notwithstanding les dispositions du 2°, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès de l'assuré. »

### • Article L114-2 du Code des assurances

« 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 ».

### • Article L114-3 du Code des assurances

« Par dérogation à l'article 2254 du code civil, les parties au contrat d'assurance ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci. »

### Information complémentaire :

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription sont énoncées aux articles 2240 et suivants du Code Civil, parmi ces dernières figurent notamment : la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait, la demande en justice même en référé, l'acte d'exécution forcée.

Pour connaître l'exhaustivité des causes ordinaires d'interruption de la prescription, se reporter aux articles du Code civil précités.

## 9. PROTECTION DES DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL

Le traitement de données à caractère personnel est régi par la loi « Informatique et libertés » du 6 janvier 1978 et le Règlement UE 2016/679 du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données.

AWP P&C et AWP France SAS sont les responsables du traitement des données à caractère personnel, recueillies en vue de la passation, la gestion et l'exécution des contrats.

Ces données sont conservées pendant la durée nécessaire à l'exécution du contrat et conformément aux dispositions relatives à la prescription. Elles sont destinées aux gestionnaires des prestations d'assistance et sont susceptibles d'être communiquées à des sous-traitants, situés dans ou hors de l'Union Européenne.

Conformément à la législation et réglementation applicables en matière de protection des données le Bénéficiaire peut exercer son droit d'accès aux données le concernant et les faire rectifier en contactant : [informations-personnelles@votreassistance.fr](mailto:informations-personnelles@votreassistance.fr).

Pour plus d'informations, il est possible de consulter la Déclaration de confidentialité expliquant notamment comment et pourquoi sont collectées les données personnelles. Sa version la plus récente a été remise au Bénéficiaire lors de la souscription du contrat.

Dans le cadre de sa politique de maîtrise des risques et de la lutte anti-fraude, AWP France SAS se réserve le droit de procéder à tout contrôle des informations et de saisir, si nécessaire, les autorités compétentes conformément à la législation en vigueur.

## 10. AUTORITÉ DE CONTROLE

Les entreprises qui accordent les prestations prévues par la Convention sont soumises au contrôle de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution, sise au 4 Place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris CEDEX 09 - [www.acpr.banque-france.fr](http://www.acpr.banque-france.fr)

## 11. LOI APPLICABLE – LANGUE UTILISÉE

La Convention est régie par la loi française.

La langue utilisée pour l'exécution de la Convention est le français.

## LA SECURITE DE VOS DONNEES PERSONNELLES NOUS IMPORTE

**AWP France SAS** est un courtier d'assurance immatriculé à l'ORIAS agissant au nom et pour le compte d'**AWP P&C**, une compagnie d'assurance agréée par l'**Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR)**, proposant des produits et services d'assurance. Protéger votre vie privée est notre priorité absolue. Cette déclaration de confidentialité explique comment nous collectons les données personnelles, quel type de données nous collectons et pourquoi, avec qui nous les partageons et à qui nous les divulguons. Veuillez lire attentivement cette déclaration.

### 1. Qui est le responsable du traitement des données ?

Le responsable du traitement des données est la personne, physique ou morale, qui contrôle et est responsable de la conservation et de l'utilisation des données personnelles, au format papier ou électronique. **AWP P&C** et **Fragonard Assurances** et **AWP France SAS** (« Nous », « Notre ») sont les responsables du traitement des données, tels que définis par la législation et la réglementation applicables en matière de protection des données.

### 2. Quelles données personnelles sont collectées ?

Nous collecterons et traiterons différents types de données personnelles vous concernant, conformément à ce qui suit :

- les données relatives à l'identification des personnes parties, intéressées ou intervenantes au contrat et
- toute autre donnée nécessaire à la passation et/ou l'exécution du contrat.

Dans ce cadre, nous pourrions être amenés à collecter et traiter les « données personnelles sensibles » vous concernant.

### 3. Comment vos données personnelles sont-elles collectées et traitées ?

Nous collecterons et traiterons les données personnelles que vous nous transmettez et celles que nous recevons de tiers (comme expliqué plus bas) pour un certain nombre de finalités et sous réserve de votre consentement exprès, à moins que ce dernier ne soit pas exigé par les lois et réglementations applicables, comme indiqué ci-dessous :

Finalité	Consentement exprès ?
• Administration du contrat d'assurance (ex. : devis, souscription, traitement des réclamations)	• Oui, si nécessaire. Toutefois, dans les cas où nous devons traiter vos données personnelles dans le cadre de la souscription de votre assurance et/ou du traitement de votre réclamation, nous ne solliciterons pas votre consentement exprès.
• Gestion du recouvrement de créances	• Non
• Prévention et détection de la fraude	• Non
• Respect de toute obligation légale (obligations fiscales, comptables et administratives)	• Non

Comme mentionné plus haut, pour les finalités énumérées précédemment, nous traiterons les données personnelles vous concernant que nous recevons de notre partenaire commercial CEGEMA .

Concernant les finalités mentionnées précédemment pour lesquelles nous avons indiqué que votre consentement exprès n'est pas requis ou dans les cas où nous aurions besoin de vos données personnelles dans le cadre de la souscription de votre assurance et/ou de la gestion de votre sinistre, nous traiterons vos données personnelles sur la base de nos intérêts légitimes et/ou conformément à nos obligations légales.

Vos données personnelles seront nécessaires pour tout achat de nos produits et services. Si vous ne souhaitez pas nous fournir ces données, nous ne serons pas en mesure de vous garantir l'accès aux produits et services demandés ou susceptibles de vous intéresser, ou encore de vous proposer des offres adaptées à vos exigences spécifiques.

### 4. Qui peut accéder à vos données personnelles ?

Nous nous assurons que vos données personnelles sont traitées dans le respect des finalités indiquées plus haut.

Dans le cadre des finalités énoncées, vos données personnelles pourront être divulguées aux parties suivantes, agissant en tant que tiers, responsables du traitement des données :

- organismes du secteur public, autres sociétés de notre groupe, autres assureurs, réassureurs.

Dans le cadre des finalités énoncées, vos données personnelles pourront être divulguées aux parties suivantes, agissant en tant que préposés au traitement des données, opérant sous notre responsabilité :

- autres sociétés de notre groupe, consultants techniques, experts, avocats, experts en sinistres, réparateurs, prestataires, médecins et sociétés de services délégués de nos opérations (réclamations, informatique, services postaux, gestion de documents).

En définitive, nous pourrions être amenés à partager vos données personnelles dans les cas suivants :

- dans les cas envisagés ou réels de réorganisation, fusion, vente, coentreprise, cession, transfert ou autre disposition de tout ou partie de notre activité, de nos actifs ou de nos titres (notamment dans le cadre de procédures en insolvabilité ou autres procédures similaires) ; et
- afin de nous conformer à toute obligation légale, y compris aux obligations résultant des décisions du médiateur dans le cas où vous présenteriez une réclamation concernant l'un de nos produits ou services.

## 5. Où sont traitées vos données personnelles ?

Vos données personnelles pourront être traitées aussi bien à l'intérieur qu'à l'extérieur de l'Union Européenne (UE) par les parties spécifiées dans la section 4, toujours sous réserve des restrictions contractuelles relatives à la confidentialité et à la sécurité, conformément à la législation et à la réglementation applicables en matière de protection des données. Nous ne divulguons pas vos données personnelles à des parties non autorisées à les traiter.

Chaque transfert de vos données personnelles en vue de leur traitement en dehors de l'UE par une autre société de notre groupe, sera effectué sur la base des règles internes d'entreprise approuvées par l'Autorité de régulation dont dépend notre groupe, établissant des règles adéquates de protection des données personnelles et contraignant juridiquement l'ensemble des sociétés de notre groupe. Vous pouvez prendre connaissance de ces règles internes d'entreprise et des pays concernés, en dehors de l'UE, en nous contactant comme indiqué dans la section 9. Lorsque les règles internes d'entreprise ne s'appliquent pas, nous prendrons des mesures afin de garantir que le transfert de vos données personnelles hors UE sera effectué selon le niveau de protection adéquat, au même titre que s'il s'agissait d'un transfert à l'intérieur de l'UE. Vous pouvez prendre connaissance des mesures de protection que nous mettons en œuvre pour ce type de transferts (clauses contractuelles types, par exemple) en nous contactant comme indiqué dans la section 9.

## 6. Quels sont vos droits concernant vos données personnelles ?

Lorsque la loi ou la réglementation en vigueur le permet, vous avez le droit :

- d'accéder à vos données personnelles et de connaître leur provenance, les objectifs et finalités du traitement de ces données, les informations concernant le(s) responsables(s) du traitement des données, le(s) préposé(s) au traitement des données et les destinataires des données potentiellement divulguées ;
- de retirer votre consentement à tout moment, dans les cas où celui-ci est requis pour le traitement de vos données personnelles ;
- de mettre à jour ou de rectifier vos données personnelles afin qu'elles soient toujours exactes ;
- de supprimer vos données personnelles de nos systèmes si leur conservation n'est plus nécessaire dans le cadre des finalités indiquées précédemment ;
- de restreindre le traitement de vos données personnelles dans certaines circonstances, par exemple, si vous avez contesté l'exactitude de vos données personnelles, pendant la période nécessaire à la vérification de leur exactitude par nos services ;
- d'obtenir vos données personnelles au format électronique, pour votre usage personnel ou celui de votre nouvel assureur ; et
- de déposer une plainte auprès de notre société et/ou de l'autorité de protection des données compétente.

Vous pouvez exercer ces droits en nous contactant comme indiqué à la section 9.

## 7. Comment vous opposer au traitement de vos données personnelles ?

Lorsque la loi ou la réglementation en vigueur le permet, vous avez le droit de vous opposer au traitement de vos données personnelles par nos services, ou de solliciter auprès de notre société l'arrêt du traitement desdites données (y compris à des fins de marketing direct). Une fois votre demande transmise, nous ne procéderons plus au traitement de vos données personnelles, à moins que la législation ou la réglementation applicable ne le permette.

Vous pouvez exercer ce droit de la même manière que vos autres droits définis dans la section 6.

## 8. Combien de temps conserverons-nous vos données personnelles ?

Nous conserverons vos données personnelles pour une durée de deux (2) ans à compter de la date de fin du contrat d'assurance ou selon les conditions spécifiques énoncées ci-après :

- En cas de sinistre – deux (2) ans à compter du règlement du sinistre.
- En cas de sinistre avec dommages corporels – dix (10) ans à compter du sinistre.
- Pour toute information sur les réclamations – deux (2) ans à compter de la réception de la réclamation.
- Pour toute information sur le contrat – deux (2) ans à compter de l'expiration, de la résiliation, ou de l'annulation.

Nous vous informons que les durées spécifiques peuvent s'appliquer dans le cadre des obligations fiscales et comptables, conformément à la réglementation en vigueur.

Nous ne conserverons pas vos données personnelles plus longtemps que nécessaire. Elles seront conservées uniquement pour les finalités pour lesquelles elles auront été obtenues.

## 9. Comment nous contacter ?

Pour toute question concernant l'utilisation que nous faisons de vos données personnelles, vous pouvez nous contacter par e-mail ou par courrier postal :

AWP France SAS  
Département Protection des Données Personnelles  
7 rue Dora Maar - 93400 Saint-Ouen  
E-mail : [informations-personnelles@votreassistance.fr](mailto:informations-personnelles@votreassistance.fr)

## 10. À quelle fréquence mettons-nous à jour la présente déclaration de confidentialité ?

Nous procédons régulièrement à la révision de cette déclaration de confidentialité.



**CONVENTION TÉLÉCONSULTATION**  
**N° 922 425**

SOMMAIRE

<b>1.</b>	<b>VALIDITE DE LA CONVENTION</b>	<b>35</b>
<b>2.</b>	<b>DEFINITIONS CONTRACTUELLES</b>	<b>35</b>
<b>3.</b>	<b>PRESTATIONS</b>	<b>35</b>
<b>4.</b>	<b>RESPONSABILITE</b>	<b>36</b>
<b>5.</b>	<b>MODALITES D'EXAMEN DES RECLAMATIONS</b>	<b>36</b>
<b>6.</b>	<b>PROTECTION DES DONNEES A CARACTERE PERSONNEL</b>	<b>37</b>
<b>7.</b>	<b>AUTORITE DE CONTROLE</b>	<b>37</b>
<b>8.</b>	<b>LOI APPLICABLE – LANGUE UTILISEE</b>	<b>37</b>

# CONVENTION TÉLÉCONSULTATION

## N° 922 425

### Besoin d'assistance ?

- > **Contactez-nous (24/24)**  
au 01 40 25 52 35  
ou sur le site  
[www.mondial-assistance-teleconsultation.fr](http://www.mondial-assistance-teleconsultation.fr)
- > **Veillez nous indiquer :**
  - Le nom et le numéro du contrat souscrit
  - Les nom et prénom du Bénéficiaire
  - L'adresse exacte du Bénéficiaire
  - Le numéro de téléphone auquel le Bénéficiaire peut être joint

Les prestations de la présente convention d'assistance souscrite par CEGEMA auprès de :

#### FRAGONARD ASSURANCES

SA au capital de 37 207 660 €  
479 065 351 RCS Paris  
Siège social : 2, rue Fragonard - 75017 Paris  
Entreprise régie par le Code des assurances

Fragonard Assurances est un organisme de télémédecine au sens des dispositions de l'article L.6316-1 et R.6316-1 1° du Code de la santé publique, ayant conclu un contrat de télémédecine avec l'Agence Régionale de Santé d'Ile de France (ARS) portant sur la fourniture d'un service de téléconsultation.

Les prestations de la présente convention sont mises en œuvre par :

#### AWP FRANCE SAS

SAS au capital de 7 584 076,86 €  
490 381 753 RCS Bobigny  
Siège social : 7, rue Dora Maar – 93400 Saint-Ouen  
Société de courtage d'assurances - Inscription ORIAS 07 026 669  
- <http://www.orias.fr/>

Ci-après désignée sous le nom commercial «**Mondial Assistance**»

## 1. VALIDITE DE LA CONVENTION

Dans le monde entier, à l'exception des Pays non couverts.

### DUREE DE VALIDITE

Les prestations sont accordées exclusivement pendant la durée de validité du contrat **HEXASANTE** et de l'accord liant **CEGEMA** et **FRAGONARD ASSURANCES** pour la délivrance de cette prestation.

## 2. DEFINITIONS CONTRACTUELLES

Dans la présente Convention d'assistance numéro 922 425 (ci-après la « Convention »), les termes et expressions qui commencent par une lettre majuscule auront la signification suivante :

### BENEFICIAIRE

Le terme « Bénéficiaire » se réfère:

- à la personne physique assurée par le contrat HEXASANTE,
- à son Conjoint
- et/ou à ses Enfants.

### CONJOINT

Conjoint, partenaire de PACS ou concubin notoire du Bénéficiaire assuré et vivant habituellement sous son toit.

### DOMICILE

Lieu de résidence principale situé en France et dont l'adresse figure sur le dernier avis d'imposition sur le revenu.

### ENFANTS

Enfants, petits-enfants, fiscalement à charge du Bénéficiaire assuré ou de son Conjoint, vivant habituellement sous son toit.

### FRANCE

France métropolitaine, où se situe le Domicile.

## 3. PRESTATIONS

Le service de téléconsultation est un service de télémédecine.

Si l'état de santé du Bénéficiaire le nécessite et que son médecin traitant est indisponible ou absent, le Bénéficiaire peut, sous conditions d'authentification forte et d'acceptation des Conditions Générales d'Utilisation, de la Notice d'information-consentement et de la Déclaration de confidentialité, bénéficier d'une téléconsultation en contactant Mondial Assistance.

La téléconsultation, réalisée par un médecin de Mondial Assistance inscrit au Conseil de l'Ordre des Médecins, s'effectue à distance, via une plateforme téléphonique ou en audioconférence ou en visioconférence, 24h/24 et 7j/7.

A l'issue de la téléconsultation, le médecin de Mondial Assistance pourra, dans le respect du parcours de soins et de la législation locale en vigueur (notamment réglementation relative au secret médical) :

- orienter le Bénéficiaire vers son médecin traitant, notamment lorsqu'un examen clinique est nécessaire pour établir le diagnostic ;
- transmettre au Bénéficiaire une prescription écrite médicamenteuse ou une prescription écrite d'examens complémentaires le cas échéant,
- proposer la livraison de médicaments au Bénéficiaire.

### • Livraison en urgence au Domicile de médicaments

immédiatement nécessaires prescrits par un médecin

**Le coût des médicaments reste à la charge du Bénéficiaire.**

Mondial Assistance prend en charge le service de livraison de médicaments.

Si à la suite de la délivrance d'une ordonnance nécessitant l'achat de médicaments indispensables, le Bénéficiaire n'est pas en mesure de se déplacer, Mondial Assistance recherche, achète et apporte au Domicile ces médicaments, **sous réserve de leur disponibilité en pharmacie.**

**Mondial Assistance ne peut être tenu pour responsable des délais imputables aux organismes de transport sollicités pour l'acheminement des médicaments.**

**Le Coût des médicaments reste à la charge du Bénéficiaire. Cette prestation est accessible uniquement en France.**

A l'issue de de la Téléconsultation et avec l'autorisation du Bénéficiaire, un compte-rendu de consultation pourra être adressé à son médecin traitant.

## Limitations

Le service de téléconsultation ne peut en aucun cas remplacer une prise en charge médicale globale et personnalisée auprès du médecin traitant et de manière générale de tout médecin désigné par le Bénéficiaire.

**Les services de téléconseil santé et de téléconsultation ne peuvent se substituer aux organismes locaux de secours d'urgence.** En cas d'urgence, le Bénéficiaire prend contact en priorité avec les services locaux de secours d'urgence (numéros d'urgence : 15, 112, 18).

Les informations médicales échangées avec les médecins restent strictement confidentielles et sont soumises au secret médical, aucune donnée n'étant transmise à l'Assureur, sous réserve de données statistiques exclusives de toute identification directe ou indirecte des Bénéficiaires.

La responsabilité de Mondial Assistance ne pourra en aucun cas être recherchée dans le cas d'une mauvaise utilisation ou interprétation inexacte du ou des renseignements, conseils, consultations et de manière générale dans le cadre du Service Téléconseil Santé et Téléconsultation mis en œuvre auprès de l'Assuré.

**Mondial Assistance ne saurait être tenu responsable des interruptions de service et/ou dommages résultant :**

- de défaillances ou interruptions des réseaux téléphoniques et/ou informatiques ;
- de modifications de la situation du Bénéficiaire et notamment de son état de santé qui ne leur auraient pas été signifiées lors de la Téléconsultation ;
- d'un cas de force majeure ou du fait d'un tiers.

Le nombre de Téléconsultations pour le Bénéficiaire est de **maximum 10 consultations par an, multiplié par deux ( 20 consultations par Bénéficiaire)** si le bénéficiaire justifie d'une affection longue durée.

**Sont exclus du service de téléconsultation :**

- les consultations pour pathologies psychiatriques
- les prescriptions de certificats médicaux
- les prescriptions de prolongation d'arrêt de travail,
- les prescriptions particulières, telles que :
  - > les médicaments soumis à prescription restreinte :
    - médicament réservé à l'usage hospitalier ;
    - médicament à prescription hospitalière ;
    - médicament à prescription initiale hospitalière ;
    - médicament à prescription réservée à certains médecins spécialistes ;
    - médicament nécessitant une surveillance particulière pendant le traitement.
  - > les médicaments soumis à accord préalable. La liste exhaustive est accessible sur [http://www.cnam.nat.tn/doc/upload/list\\_APcl.pdf](http://www.cnam.nat.tn/doc/upload/list_APcl.pdf)
  - > les médicaments d'exception : la liste des médicaments d'exception est disponible sur le site Meddispar, le site de référence des médicaments réglementés, proposé par l'Ordre national des pharmaciens.

## 4. RESPONSABILITE

**Mondial Assistance ne peut en aucun cas se substituer aux organismes locaux de secours d'urgence.** Le Bénéficiaire ou ses proches doivent, en cas d'urgence, prendre contact directement et en priorité avec les services locaux de secours d'urgence.

**Mondial Assistance ne sera pas tenue responsable des manquements ou contretemps à l'exécution de ses obligations qui résulteraient de cas de force majeure ou d'événements tels que guerres civiles ou étrangères, révolutions, instabilité politique notoire, représailles, embargos, sanctions économiques (récapitulatif des mesures restrictives par pays disponible sur le site internet du Ministère de l'Économie et des**

**Finances : <https://www.tresor.economie.gouv.fr/Ressources/sanctions-financieres-internationales>), mouvements populaires, émeutes, sabotage, terrorisme, grèves, saisies ou contraintes par la force publique, interdictions officielles, explosions d'engins, effets nucléaires ou radioactifs, empêchements climatiques graves et les événements imprévisibles d'origine naturelle.**

**Une information pour chaque pays est également disponible dans la rubrique « Conseil aux voyageurs » du site internet du Ministère des Affaires étrangères et du Développement international <http://www.diplomatie.gouv.fr/fr/conseils-aux-voyageurs/conseils-par-pays/>**

Elle s'efforcera néanmoins de tout mettre en œuvre pour venir en aide au Bénéficiaire.

L'organisation par le Bénéficiaire ou par son entourage de l'une des assistances énoncées dans la Convention ne peut donner lieu à remboursement que si Mondial Assistance a été prévenue et a donné son accord exprès.

**Les frais exposés seront remboursés sur présentation des justificatifs originaux, dans la limite de ceux que Mondial Assistance aurait engagés pour organiser la prestation.**

**La responsabilité de Mondial Assistance concerne uniquement les services qu'elle réalise en exécution de la Convention. Elle ne sera pas tenue responsable des actes réalisés par les Prestataires intervenant auprès du Bénéficiaire en leur propre nom et sous leur propre responsabilité. Elle ne sera pas tenue responsable de l'inexécution ou de la mauvaise exécution de leurs obligations contractuelles consécutive à un cas de force majeure.**

## 5. MODALITES D'EXAMEN DES RECLAMATIONS

Lorsqu'un Bénéficiaire est mécontent du traitement de sa demande, sa première démarche doit être d'en informer son interlocuteur habituel pour que la nature de son insatisfaction soit comprise et que des solutions soient recherchées.

En cas de désaccord sur les solutions proposées, le Bénéficiaire peut adresser une réclamation à l'adresse électronique suivante :

**[reclamation@votreassistance.fr](mailto:reclamation@votreassistance.fr)**

(ou envoyer un courrier à l'adresse : AWP FRANCE SAS, Service Réclamations, TSA 70002 – 93488 Saint Ouen Cedex.)

Un accusé de réception parviendra au Bénéficiaire dans les dix (10) jours ouvrables (hors dimanches et jours fériés) à compter de la réception de la réclamation, sauf si la réponse à sa réclamation lui est transmise dans ces délais.

Une réponse lui sera fournie au plus tard dans les deux (2) mois suivant la date de réception de sa réclamation, hors survenance de circonstances particulières dont l'assureur le tiendrait informé.

Si le désaccord persiste, après la réponse de l'assureur ayant procédé à un dernier examen de sa demande épuisant les voies de recours internes, le Bénéficiaire peut alors saisir le médiateur indépendant dont les coordonnées sont les suivantes :

La Médiation de l'Assurance

**<http://www.mediation-assurance.org>**

LMA  
TSA 50110  
75441 Paris Cedex 09

Entreprise adhérente de la LMA propose un dispositif permettant aux assurés et aux tiers de bénéficier d'une procédure de médiation pour le règlement de leurs litiges. Ce dispositif est défini par la Charte de la Médiation de l'Assurance.

## 6. PROTECTION DES DONNEES A CARACTERE PERSONNEL

Le traitement de données à caractère personnel est régi par la loi « Informatique et libertés » du 6 janvier 1978 et le Règlement UE 2016/679 du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données.

Fragonard Assurances et AWP France SAS sont les responsables du traitement des données à caractère personnel, recueillies en vue de la passation, la gestion et l'exécution des contrats.

Ces données sont conservées pendant la durée nécessaire à l'exécution du contrat et conformément aux dispositions relatives à la prescription. Elles sont destinées aux gestionnaires des prestations d'assistance et sont susceptibles d'être communiquées à des sous-traitants, situés dans ou hors de l'Union Européenne.

Conformément à la législation et réglementation applicables en matière de protection des données le Bénéficiaire peut exercer son droit d'accès aux données le concernant et les faire rectifier en contactant : [informations-personnelles@votreassistance.fr](mailto:informations-personnelles@votreassistance.fr).

Pour plus d'informations, il est possible de consulter la Déclaration de confidentialité expliquant notamment comment et pourquoi sont collectées les données personnelles. Sa version la plus récente a été remise au Bénéficiaire lors de la souscription du contrat.

**Dans le cadre de sa politique de maîtrise des risques et de la lutte anti-fraude, AWP France SAS se réserve le droit de procéder à tout contrôle des informations et de saisir, si nécessaire, les autorités compétentes conformément à la législation en vigueur.**

## 7. AUTORITE DE CONTROLE

Les entreprises qui accordent les prestations prévues par la Convention sont soumises au contrôle de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution, 4 place de Budapest – 75436 Paris Cedex 09. [www.acpr.banque-france.fr](http://www.acpr.banque-france.fr)

## 8. LOI APPLICABLE – LANGUE UTILISEE

La Convention est régie par la loi française.

La langue utilisée pour l'exécution de la Convention est le français.



**STATUTS ASSOCIATION GPMA  
(MODIFIÉS PAR L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE EXTRAORDINAIRE DU 24 MAI 2018)**

<b>ARTICLE 1- FORMATION-DURÉE</b>	<b>39</b>
<b>ARTICLE 2 - OBJET</b>	<b>39</b>
<b>ARTICLE 3 - MEMBRES - ADHÉRENTS</b>	<b>39</b>
<b>ARTICLE 4 – SIÈGE SOCIAL</b>	<b>39</b>
<b>ADMINISTRATION</b>	<b>39</b>
<b>ARTICLE 5 - CONSEIL D'ADMINISTRATION</b>	<b>39</b>
<b>ARTICLE 6 - LE PRÉSIDENT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION</b>	<b>39</b>
<b>ARTICLE 7 - BUREAU</b>	<b>40</b>
<b>ARTICLE 8 - FONCTIONNEMENT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION</b>	<b>40</b>
<b>ARTICLE 9 – POUVOIRS DU CONSEIL D'ADMINISTRATION</b>	<b>40</b>
<b>ARTICLE 10 - RÈGLEMENT INTÉRIEUR</b>	<b>40</b>
<b>ASSEMBLEES GENERALES ORDINAIRE ET EXTRAORDINAIRE</b>	<b>40</b>
<b>ARTICLE 11 - RÈGLES COMMUNES À TOUTES LES ASSEMBLÉES GÉNÉRALES</b>	<b>40</b>
Composition	40
Convocation-Ordre du jour	40
Quorum – Droits de vote	40
Organisation – procès-verbaux	41
<b>ARTICLE 12 - ASSEMBLÉES GÉNÉRALES ORDINAIRES</b>	<b>41</b>
<b>ARTICLE 13 - ASSEMBLÉES GÉNÉRALES EXTRAORDINAIRES</b>	<b>41</b>
<b>RESSOURCES - DEPENSES</b>	<b>41</b>
<b>ARTICLE 14 - RESSOURCES</b>	<b>41</b>
<b>ARTICLE 15 - DÉPENSES</b>	<b>41</b>
<b>ARTICLE 16- COMPTES ANNUELS</b>	<b>41</b>
<b>ARTICLE 17- COMMISSAIRES AUX COMPTES</b>	<b>41</b>
<b>DISSOLUTION</b>	<b>41</b>
<b>ARTICLE 18 - DISSOLUTION</b>	<b>41</b>

# STATUTS ASSOCIATION GPMA (MODIFIÉS PAR L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE EXTRAORDINAIRE DU 24 MAI 2018)

## ARTICLE 1- FORMATION-DURÉE

Il est créé une Association de Prévoyance régie par la loi du 1er juillet 1901, les articles L.141-7 et R 141-1 à R.141-9 du Code des assurances et tous textes qui viendraient, le cas échéant à les modifier ou les compléter, ainsi que par les présents statuts.

Elle prend la dénomination de **Groupe de Prévoyance Maladie-Accident, «G P M A»**.

Elle est constituée pour une durée illimitée.

## ARTICLE 2 - OBJET

L'Association Groupe de Prévoyance Maladie-Accident a pour objet :

- d'étudier et de conseiller ses adhérents sur la mise en place de régimes de prévoyance, santé ou retraite ;
- de permettre la mise en place de ces régimes en souscrivant à l'intention de ses adhérents des contrats collectifs d'assurance.
- de défendre les intérêts des adhérents et de les informer en engageant à cet effet toute action de formation, d'information et de communication avec eux et en dehors d'eux pour accueillir de nouveaux membres ;
- de venir en aide à ses adhérents en grande difficulté par l'attribution d'allocations provenant du fonds d'entraide ;
- de participer et soutenir toute activité d'Association, fondation ou autre organisme à but non lucratif ayant pour objet des actions de solidarité principalement dans les domaines de la prévention santé, du handicap, de la recherche médicale et de l'insertion ;
- et plus généralement de prendre toute initiative présentant une utilité directe, indirecte ou complémentaire pour son activité

Et ce par tous moyens et sans visées bénéficiaires.

## ARTICLE 3 - MEMBRES - ADHÉRENTS

L'Association se compose de :

- membres d'honneur choisis pour l'aide ou les conseils qu'ils peuvent apporter à l'Association ; les demandes d'admission à ce titre seront soumises à l'agrément du Bureau du Conseil d'Administration ;
- membres adhérents qui bénéficient des prestations de l'Association et paient à ce titre une cotisation.

Ces différentes catégories peuvent comporter des personnes physiques et des personnes morales.

Tout adhérent doit avoir la qualité de membre pour prétendre aux garanties des contrats souscrits par l'Association.

La qualité de membre s'acquiert par adhésion aux présents Statuts et paiement de la cotisation. Elle se perd par décès, non règlement des cotisations ou dissolution de l'Association. La qualité de membre adhérent se perd également à la fin de l'adhésion aux contrats collectifs d'assurance sur la vie à la suite d'une renonciation, d'un rachat anticipé ou à l'échéance normale

La qualité de membre d'honneur se perd par décès, démission, radiation sur décision du conseil d'administration pour motifs grave ou dissolution de l'association.

La décision est rendue en dernier ressort et n'a pas à être motivée.

Chaque adhérent personne morale, s'il représente plusieurs assurés, sera redevable d'autant de droits d'adhésions qu'il représente d'assurés.

## ARTICLE 4 – SIÈGE SOCIAL

Le Siège Social est fixé à Paris, 75447 cedex 09. Il peut être transféré en tout autre lieu sur décision du Conseil d'Administration ratifiée par la plus prochaine Assemblée Générale Ordinaire.

## ADMINISTRATION

### ARTICLE 5 - CONSEIL D'ADMINISTRATION

Le Conseil d'Administration se compose de neuf membres au moins et de dix-huit membres au plus, tous élus par l'Assemblée Générale des adhérents.

Les Administrateurs sont élus pour une durée de trois ans et sont rééligibles.

Le Conseil est composé, pour plus de la moitié, de membres ne détenant ou n'ayant dé tenu au cours des deux années précédant leur désignation aucun intérêt ni aucun mandat dans les organismes d'assurance signataires des contrats d'assurance de groupe, et ne recevant ou n'ayant reçu au cours de la même période aucune rétribution de la part de ces mêmes organismes ou sociétés.

Ces Administrateurs peuvent être soit des membres individuels, soit des personnes morales qui désigneront leur représentant permanent.

Nul ne peut être membre du Conseil d'Administration de l'Association ni, directement ou indirectement ou par personne interposée, administrer, diriger ou gérer à un titre quelconque l'Association ni disposer du pouvoir de signer pour le compte de l'Association s'il a fait l'objet de l'une des condamnations ou mesures mentionnées au 1° à 5° de l'article L322-2 du code des assurances.

En cas de décès ou de démission d'un Administrateur en cours d'année, il est pourvu à son remplacement provisoire (cooptation) par les soins du Conseil. Il est procédé à la ratification des cooptations par la plus prochaine Assemblée Générale. Les pouvoirs des membres ainsi élus prennent fin à l'époque où devrait normalement expirer le mandat des membres remplacés. Si cette ratification est refusée, les décisions prises et les actes accomplis par le Conseil depuis la cooptation et jusqu'à cette Assemblée demeurent valables.

Les fonctions de membre du Conseil d'Administration sont gratuites. Elles peuvent toutefois donner lieu à un remboursement des frais engagés dans l'intérêt de l'Association sur la base de justificatifs. D'autre part, le Conseil d'Administration peut décider d'allouer à ses administrateurs, dans les limites fixées par l'Assemblée Générale, des indemnités et avantages sans que ceux-ci soient liés directement ou indirectement et de quelque façon que ce soit au volume d'activité de l'Association (cotisations, encours des contrats, nombre d'adhérents...).

Le Président du Conseil d'Administration informe chaque année l'Assemblée Générale du montant des indemnités et avantages alloués conformément à l'alinéa précédent aux membres du Conseil d'Administration.

Tout Administrateur qui n'a pris aucune part aux travaux du Conseil pendant un an pourra être considéré comme démissionnaire, l'intéressé ayant été préalablement invité à présenter les motifs de ses absences.

### ARTICLE 6 - LE PRÉSIDENT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

L'Association est dirigée par un Président élu par les membres du Conseil d'Administration.

Le Président est responsable de ses décisions devant le Conseil d'Administration. Il représente l'Association dans les conditions fixées par le Conseil d'Administration.

Le Conseil d'Administration peut déléguer tout ou partie de ses pouvoirs au Président de l'Association qui en rend compte régulièrement.

Le Conseil d'Administration et le Président peuvent déléguer à une personne membre du Conseil pour une période déterminée certains de leurs pouvoirs de manière explicite.

Le Conseil d'Administration ou le Président peut à tout moment abroger une délégation de pouvoirs.

En cas d'urgence, le Président prend les décisions nécessaires au bon fonctionnement de l'Association et en informe dans les meilleurs délais les membres du Conseil d'Administration.

## ARTICLE 7 - BUREAU

Chaque année, après l'Assemblée Générale, le Conseil élit parmi ses membres son Bureau composé d'un Président, d'un ou deux Vice-présidents, d'un Secrétaire Général pouvant être choisi en dehors des Administrateurs et d'un Trésorier.

Le Bureau met en œuvre les décisions prises par le Conseil d'Administration. Il se réunit à l'initiative du Président de l'Association en tant que besoin entre deux réunions du Conseil d'Administration.

## ARTICLE 8 - FONCTIONNEMENT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

Le Conseil se réunit sur convocation du Président chaque fois que celui-ci le juge utile ou sur demande de la moitié des Administrateurs et au moins une fois par an.

Il peut désigner un ou plusieurs Conseillers Techniques en vue de réunir toute documentation relative à la réalisation technique de l'objet de l'Association. Ces personnes peuvent être choisies en dehors de celles composant le Conseil et éventuellement de l'Association.

Le Secrétaire Général et les Conseillers Techniques assistent aux réunions du Conseil et du Bureau avec voix consultative.

Il peut délibérer quel que soit le nombre des membres présents. Les Administrateurs ne peuvent se faire représenter. Les décisions sont prises à la majorité des Administrateurs présents. En cas de partage, la voix du Président est prépondérante.

Il est tenu procès-verbal des séances du Conseil. Ces procès verbaux sont signés par le Président et au moins un autre membre du Conseil et consignés dans un registre.

## ARTICLE 9 – POUVOIRS DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

Le Conseil est investi des pouvoirs les plus étendus pour prendre toutes décisions et autoriser la mise en œuvre de toutes opérations en rapport avec l'objet de l'Association et son fonctionnement, dans la limite des prérogatives de l'Assemblée Générale.

Notamment, le Conseil d'Administration a pour attributions :

- d'arrêter les comptes annuels et le budget de l'Association ;
- de signer un ou plusieurs contrats d'assurance, ainsi qu'un ou plusieurs avenants dans la limite de la délégation consentie par l'Assemblée Générale conformément à l'article 12 des présents statuts ; en cas de signature d'un ou de plusieurs contrats d'assurance, ou d'un ou plusieurs avenants, le Conseil d'Administration doit en faire rapport à la plus proche Assemblée ;
- de fixer le montant de la cotisation annuelle d'adhésion à l'Association ;
- d'arrêter les termes du rapport d'activité, moral et financier soumis à l'Assemblée Générale ;
- de déterminer le montant des allocations attribuées en faveur des adhérents au titre du fonds d'entraide ;
- de mettre en place toutes les délégations de pouvoirs nécessaires au bon fonctionnement de l'Association.

L'Association est représentée en Justice et dans tous les actes de sa vie civile par son Président ou un Vice-président ou par toute personne habilitée à cet effet par le Conseil.

## ARTICLE 10 - RÈGLEMENT INTÉRIEUR

Le Conseil, sur proposition du Bureau, peut établir un règlement intérieur précisant et complétant les règles de fonctionnement de l'Association fixées par les présents statuts.

Il est également compétent, sur proposition du Bureau, pour le modifier ou l'abroger.

# ASSEMBLÉES GÉNÉRALES ORDINAIRE ET EXTRAORDINAIRE

## ARTICLE 11 - RÈGLES COMMUNES À TOUTES LES ASSEMBLÉES GÉNÉRALES

### Composition

L'Assemblée Générale est constituée par les membres de l'Association présents ou représentés.

Tout membre à jour de cotisation à la date de clôture de l'exercice comptable précédent, personne physique ou personne morale, a le droit de prendre part aux Assemblées Générales et d'y voter.

Pour l'exercice des droits de vote à l'Assemblée Générale, les adhérents ont la faculté de donner mandat à un autre adhérent, ou à leur conjoint.

Chaque adhérent dispose d'une voix. Les mandataires peuvent remettre les pouvoirs qui leur ont été conférés à d'autres mandataires ou adhérents. Le nombre de pouvoirs dont un même adhérent peut disposer, ne peut dépasser 5 % des droits de vote.

Les mandataires disposent du droit de vote quel que soit le nombre de pouvoirs dont ils disposent.

Le vote par correspondance n'est pas autorisé.

Si, sur décision du Conseil d'Administration, l'Association a mis en œuvre un mode de vote par voie électronique, tout adhérent, disposant des outils matériels et logiciels requis, peut voter par voie électronique en suivant les procédures et consignes qui lui seront adressées à cet effet.

### Convocation-Ordre du jour

L'Assemblée Générale est convoquée par le Président du Conseil d'Administration, ou à défaut par le Conseil, au moins une fois par an dans les six mois de la clôture de l'exercice social.

Sur demande motivée d'au moins 10% des membres de l'Association, le Président du Conseil d'Administration, ou à défaut le Conseil, est tenu de convoquer une Assemblée Générale dans le délai de deux mois à compter de la réception de la demande.

La convocation aux Assemblées Générales est individuelle : elle est effectuée par lettre simple trente jours au moins avant la date fixée pour la réunion de l'Assemblée.

Cette convocation pourra être transmise ainsi que l'ensemble des documents nécessaires par Internet à l'adresse e-mail que l'adhérent aura communiquée à l'Association par le biais du bulletin d'adhésion au contrat d'assurance ou de tout autre document.

La convocation individuelle mentionne l'ordre du jour et contient les projets de résolutions présentés par le Conseil d'Administration ainsi que ceux portés à la connaissance du Conseil d'Administration par cent adhérents au moins au plus tard dans les soixante jours avant la date fixée pour la réunion de l'Assemblée.

Elle peut mentionner également la date à laquelle la seconde Assemblée est convoquée en l'absence de réunion du quorum. Les adhérents pourront s'informer de la tenue ou non de la seconde Assemblée en téléphonant au numéro qui leur sera transmis ou en consultant le site internet.

La convocation indique également le lieu de réunion qui peut se situer dans des locaux en dehors du siège social.

### Quorum – Droits de vote

L'Assemblée Générale ne peut valablement délibérer que si mille adhérents ou un trentième des adhérents au moins sont présents ou représentés.

Si, lors de la première convocation, l'Assemblée n'a pas réuni ce quorum, une seconde Assemblée est convoquée dans le délai de 30 jours.

Elle délibère alors valablement sur le même ordre du jour quel que soit le nombre de ses adhérents présents ou représentés.

Les adhérents devront se munir, pour participer à l'Assemblée de leur convocation ainsi que de tout document, notamment le pouvoir qui

leur aura été adressé, justifiant du numéro de contrat d'assurance auquel ils ont souscrit.

Un adhérent peut se faire représenter par un autre membre de l'Association muni d'un pouvoir écrit.

Une feuille de présence est signée par les membres de l'Assemblée en entrant en séance et certifiée par le Président de l'Assemblée.

### **Organisation – procès-verbaux**

Le Bureau de l'Assemblée Générale est celui du Conseil ; en cas d'absence, il est procédé si nécessaire au remplacement pour la durée de l'Assemblée par décision des membres du Conseil présents au début de la réunion.

L'Assemblée Générale ne peut délibérer que sur les questions inscrites à l'ordre du jour par le Conseil d'Administration à l'exception de la révocation de membre(s) du Conseil pouvant intervenir sur incident de séance. L'ordre du jour comporte le cas échéant les propositions de résolutions présentées par les adhérents dans les conditions précitées.

Les délibérations de l'Assemblée sont constatées par des procès-verbaux inscrits sur un registre spécial et signés par le Président et un membre du Conseil. Les copies ou extraits de ces procès-verbaux sont signés par le Président du Conseil ou par deux Administrateurs. Ils sont tenus à la disposition des adhérents au Siège de l'Association, pour consultation, sous condition de justifier de sa qualité d'adhérent.

### **ARTICLE 12 - ASSEMBLÉES GÉNÉRALES ORDINAIRES**

Le Président doit convoquer dans les formes indiquées à l'article 11 une Assemblée Générale Ordinaire Annuelle une fois par an, dans les six mois suivant la clôture des comptes annuels.

L'Assemblée Générale Ordinaire Annuelle entend le rapport du Conseil sur la situation morale et financière de l'Association. Elle est seule compétente pour :

- définir les orientations de l'Association,
- approuver les comptes de l'Association et le rapport de gestion présentant la situation de l'Association et son activité pour l'exercice écoulé et les perspectives au plus tard dans les six mois de sa clôture,
- approuver le montant qui a été fixé par le Conseil d'Administration pour les cotisations des adhérents.

L'Assemblée Générale Ordinaire est compétente pour élire, ratifier et révoquer les Administrateurs.

L'Assemblée Générale Ordinaire a seule qualité pour autoriser la signature d'un ou de plusieurs contrats d'assurance de groupe ou d'un ou de plusieurs avenants à ceux-ci. Elle peut toutefois déléguer au Conseil d'Administration, par une ou plusieurs résolutions et pour une durée qui ne peut excéder dix-huit mois, le pouvoir de signer un ou plusieurs contrats d'assurance ainsi qu'un ou plusieurs avenants dans des matières que la résolution définit.

Néanmoins, il est précisé que l'assemblée générale a seule qualité pour autoriser la modification des dispositions essentielles du contrat d'assurance de groupe, telles qu'elles sont définies à l'article R141-6 du code des assurances

Elle est souveraine pour tout ce qui n'est pas de la compétence du Bureau, du Conseil d'Administration ou de l'Assemblée Générale Extraordinaire.

Les décisions prises en Assemblée Générale Ordinaire sont adoptées à la majorité simple des membres présents ou représentés.

### **ARTICLE 13 - ASSEMBLÉES GÉNÉRALES EXTRAORDINAIRES**

Sur l'avis du Conseil, ou sur la demande motivée d'au moins 10% des membres de l'Association, le Président du Conseil d'Administration est tenu de convoquer une Assemblée Générale Extraordinaire, dans le délai de deux mois à compter de la réception de la demande.

L'Assemblée Générale Extraordinaire est seule compétente pour apporter des modifications aux statuts. Elle peut également décider la prorogation, la scission ou la fusion avec toute autre Association

poursuivant un but analogue ou la dissolution.

Les décisions doivent être prises à la majorité des 2/3 des voix des membres présents ou représentés.

## **RESSOURCES - DEPENSES**

### **ARTICLE 14 - RESSOURCES**

L'exercice social commence le 1er janvier et se termine le 31 décembre de chaque année.

Les ressources de l'Association se composent :

- des cotisations annuelles versées par ses membres conformément aux décisions du Conseil d'Administration ;
- des subventions, ressources ou versements autorisés par les dispositions législatives ou réglementaires en vigueur ;
- des sommes reçues en contrepartie de prestations fournies par l'Association ;
- des produits de ses placements financiers.

### **ARTICLE 15 - DÉPENSES**

Les dépenses de l'Association sont constituées par :

- les allocations attribuées en faveur des adhérents au titre du Fonds d'Entraide ;
- les sommes destinées à faire face aux charges de son fonctionnement ;
- le soutien d'activités à but non lucratif dont l'objet est voisin de celui de l'Association ou peut s'y rattacher ;
- et, en général, toute dépense décidée par le Conseil d'Administration en conformité avec l'objet de l'Association.

Ces dépenses sont ordonnées par le Conseil d'Administration ou par toute personne mandatée à cet effet par le Conseil d'Administration.

### **ARTICLE 16- COMPTES ANNUELS**

Les comptes annuels sont établis conformément au Plan Comptable Général et à la réglementation en vigueur.

Si les recettes annuelles excèdent les dépenses, l'affectation de l'excédent, exclusive de toute distribution, est décidée par l'Assemblée Générale Ordinaire sur proposition du Conseil d'Administration.

Les comptes de l'Association peuvent être consultés à son Siège par tout groupe d'adhérents, représentant la moitié plus un des membres de l'Association, à jour de leur cotisation.

### **ARTICLE 17- COMMISSAIRES AUX COMPTES**

L'Assemblée Générale Ordinaire nomme, pour une durée de six exercices, un commissaire aux comptes titulaire et un commissaire aux comptes suppléant, inscrits sur la liste des commissaires aux comptes de la Compagnie Régionale de l'Île de France.

Le commissaire aux comptes exerce sa mission selon les normes et règles de la profession. Il établit un rapport présenté chaque année à l'Assemblée Générale appelée à statuer sur les comptes de l'exercice clos.

## **DISSOLUTION**

### **ARTICLE 18 - DISSOLUTION**

En cas de dissolution volontaire ou forcée, l'Assemblée Générale Extraordinaire, délibérant à la majorité des Assemblées Générales Ordinaires, désigne un ou plusieurs Commissaires chargés de la liquidation des biens de l'Association.

Cette Assemblée, statuant alors à la majorité des 2/3 des voix des membres présents ou représentés, détermine souverainement les conditions dans lesquelles les membres de l'Association seront admis, s'il y a lieu, à exercer leur droit de reprise et se prononce sur la dévolution de l'actif net.



# DOCUMENT D'INFORMATION SUR LE PRODUIT D'ASSURANCE (FICHE IPID) HEXASANTÉ

## SOMMAIRE

DE QUEL TYPE D'ASSURANCE S'AGIT-IL ?	43
QU'EST-CE QUI EST ASSURÉ ?	43
QU'EST-CE QUI N'EST PAS ASSURÉ ?	43
Y A-T-IL DES EXCLUSIONS À LA COUVERTURE ?	43
OÙ SUIS-JE COUVERT(E) ?	44
QUELLES SONT MES OBLIGATIONS ?	44
QUAND ET COMMENT EFFECTUER LES PAIEMENTS ?	44
QUAND COMMENCE LA COUVERTURE ET QUAND PREND-ELLE FIN ?	44
COMMENT PUIS-JE RÉSILIER LE CONTRAT ?	44

# Assurance Complémentaire Santé



Document d'information sur le produit d'assurance

CEGEMA intermédiaire en assurances 378 966 485 RCS Antibes, immatriculé à l'ORIAS numéro 07 001 328 ([www.orias.fr](http://www.orias.fr))

Assureur : l'EQUITE, entreprise régie par le Code des assurances - 572 084 697 RCS Paris, Société appartenant au Groupe GENERALI, immatriculée sur le registre italien des groupes d'assurances sous le numéro 026.

Produit : HexaSanté

Ce document d'information présente un résumé des principales garanties et exclusions du produit. Il ne prend pas en compte vos besoins et demandes spécifiques.

Toutes les informations contractuelles et précontractuelles sur le produit « HEXASANTE » sont fournies au client dans d'autres documents et, notamment, dans le tableau de garanties ci-joint, qui détaille le niveau des remboursements.

## De quel type d'assurance s'agit-il ?

Le produit « HEXASANTE » est un produit d'Assurance Complémentaire Santé.

En cas d'accident, de maladie ou de maternité, il est destiné à rembourser tout ou partie des frais de santé restant à la charge de l'assuré et des éventuels bénéficiaires, après l'intervention de son Régime Obligatoire d'assurance maladie et, dans certains cas, des frais non remboursés par ce dernier.

Le produit « HEXASANTE » est « solidaire » car il ne prévoit pas de questionnaire d'état de santé et son tarif ne dépend pas de l'état de santé de l'assuré. Il est également « responsable » sur toutes les formules hors « Hospi seule » car il respecte les obligations et interdictions de prise en charge fixées par la législation. En revanche, la formule « Hospi seule » n'est pas responsable.



## Qu'est-ce qui est assuré ?

Les remboursements de frais couverts par l'assurance ne peuvent pas être plus élevés que les dépenses engagées. Ils sont soumis à des plafonds qui varient en fonction de la formule choisie et par conséquent une somme peut rester à votre charge.

Le détail de ces plafonds figure au tableau des garanties ci-joint.

### LES GARANTIES SYSTEMATIQUEMENT PREVUES

- ✓ **Hospitalisation secteur conventionné** : Frais de séjour, Forfait journalier hospitalier, Chirurgie et anesthésie, Frais de transport, Hospitalisation à domicile ;
- ✓ **Consultation et Pharmacie** : Médecins généralistes ou spécialistes, Auxiliaires médicaux, laboratoire, Actes techniques médicaux, Imagerie et biologie médicale, Pharmacie, vaccins et homéopathie remboursés par le RO ;
- ✓ **Optique acceptée par le RO** : Monture et verres, lentilles, Chirurgie réfractive ;
- ✓ **Dentaire** : Soins dentaires, inlays-onlays, parodontologie, prothèses dentaires, inlay core, implantologie ;
- ✓ **Appareillages et autres prothèses** : Prothèses auditives, (entretien et pile), orthopédiques, capillaires, mammaires, petit et gros appareillage ;
- ✓ **Autres Prestations** : Cures thermales (honoraires et traitements acceptés par le RO).

### LES GARANTIES NON SYSTEMATIQUEMENT PREVUES :

**Hospitalisation en secteur conventionné** : Chambre particulière, Frais d'accompagnant, TV, Internet, Téléphone, Frais de séjour en établissement de rééducation, convalescence, réadaptation fonctionnelle ou maison de repos ou en secteur psychiatrique ou neuropsychiatrique ; Forfait Naissance / Adoption ;  
**Optique** : Forfait complémentaire pour les enfants ;  
**Dentaire** : Orthodontie remboursées par le RO ; Forfait dentaire non remboursé par le RO ;  
**Consultation et Pharmacie** : Médecine complémentaire non prises en charge par le RO, Pharmacie prescrite non remboursée par le RO, Vaccins non remboursés, pilule et sevrage tabagique ;  
**Appareillage auditif** : Forfait complémentaires ;  
**Renfort** : Chirurgie esthétique ou réparatrice prise en charge ou non par le RO, Assistance à la procréation et examens d'amniocentèse, Prothèse Capillaire ; Bilan Nutritionnel ; Dépistage et analyses prescrites mais non remboursés par le RO, Spermicides, Contraception d'urgence, préservatifs masculins ou féminins, test de grossesse non remboursés ; Contraceptifs non remboursés, Sevrage tabagique et Vaccins prescrits et non remboursés.

### ASSISTANCE SANTE ET VOYAGE SYSTEMATIQUEMENT PREVUE

Les garanties précédées d'une coche ✓ sont systématiquement prévues au contrat.



## Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ Les soins reçus en dehors de la période de validité du contrat ;
- ✗ Les indemnités versées en complément de la sécurité sociale en cas d'arrêt de travail ;
- ✗ Le forfait journalier facturé par les établissements médicaux sociaux, comme les maisons d'accueil spécialisées (MAS) ou les établissements d'hébergement pour les personnes dépendantes (EHPAD).

Cette liste n'est pas exhaustive.



## Y a-t-il des exclusions à la couverture ?

### PRINCIPALES EXCLUSIONS

- ! La participation forfaitaire de 1€ et les franchises sur les boîtes de médicaments, actes paramédicaux et transport.
- ! La majoration du ticket modérateur et les dépassements d'honoraires si les dépenses de santé sont réalisées en dehors du parcours de soins.
- ! Les dépassements d'honoraires au-delà de la limite fixée réglementairement pour les médecins n'adhérant pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée.

### PRINCIPALES RESTRICTIONS

- ! **Optique** : prise en charge limitée à un équipement tous les deux ans, réduite à un an pour un mineur ou en cas d'évolution de la vue.



## Où suis-je couvert(e) ?

- ✓ En France et à l'étranger ;
- ✓ Dans le cas où les soins ont été dispensés à l'étranger, le remboursement se fait sur la base de remboursement du régime d'assurance maladie obligatoire français, quelle que soit la dépense engagée.



## Quelles sont mes obligations ?

### Sous peine de suspension des garanties

#### A la souscription du contrat :

- Remplir avec exactitude la demande d'adhésion;
- Etre adhérent(e) à l'Association GPMA ;
- Relever du régime Obligatoire d'Assurance Maladie français ;
- Fournir tout document justificatif demandé par l'assureur ;

#### En cours de vie du contrat :

- Informer l'assureur des événements suivants, dans les 30 (trente) jours qui suivent leur connaissance : changement d'état civil, cessation ou changement d'affiliation au Régime Obligatoire, changement de domicile, départ hors de France métropolitaine, cessation de qualité d'ayant droit, changement de profession ou une cessation d'activité professionnelle.
- Ces changements peuvent dans certains cas entraîner la modification du contrat et de la cotisation.

#### En cas de sinistre :

- Faire parvenir tous documents justificatifs nécessaires au paiement des prestations prévues au contrat ;
- Faire parvenir les demandes de remboursements à l'assureur dans un délai maximum de 2 ans suivant la date de remboursement des soins de votre Sécurité sociale



## Quand et comment effectuer les paiements ?

Les cotisations sont payables d'avance annuellement, à la date indiquée dans le contrat.

Un paiement fractionné peut toutefois être accordé au choix (Mensuel ; Semestriel ; Trimestriel)

Les paiements peuvent être effectués par chèque (règlement annuel uniquement) ou prélèvement automatique.



## Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

La date d'effet du contrat est fixée d'un commun accord et est indiquée au Certificat d'adhésion. Cette date est toujours postérieure à la date de la demande d'adhésion. L'assuré dispose d'un droit de rétractation de 14 jours qui commence à courir à compter de la date de signature de la demande d'adhésion.

Le contrat est conclu pour une durée initiale d'un an. Passé cette première année, il se renouvelle ensuite au 1er janvier de chaque année, par tacite reconduction. La couverture prend fin au jour de la résiliation du contrat quel qu'en soit la cause et quelle que soit la partie qui en est à l'origine.



## Comment puis-je résilier le contrat ?

La résiliation doit être demandée soit par lettre recommandée ou envoi recommandé électronique, soit par déclaration faite contre récépissé auprès de l'assureur ou de son délégataire mentionné au contrat, dans les cas et conditions prévus au contrat.