

L'Avenir Assuré

Assurance santé

Notice d'Information valant Dispositions Générales relative au contrat d'assurance frais de santé **EGLE SANTE**



PÉREIRE
DIRECT

PEREIRE DIRECT : Siège social : 122, Boulevard Pereire - 75017 PARIS - Centre de gestion : 1050 Ch. des exquerts - 84170 MONTEUX.
Société de courtage en assurances - S.A.S. au capital de 15 000€ - RCS PARIS 802 974 717 - APE 662 2Z S
N° Orias N° 14 005 369 - Site web Orias : www.orias.fr

Responsabilité Civile Professionnelle et Garantie Financière conformes aux articles L 512-6 et L 512-7 du Code des Assurances -
Réclamation : PEREIRE DIRECT, Service Réclamation, 1050 Chemin des exquerts - 84170 MONTEUX

Notice d'information EGLE SANTE Réf. EQC075ANI_092015

Le contrat d'assurance frais de santé EGLE SANTE est un contrat collectif d'assurance à adhésion facultative individuelle, régi par les articles L 141-I et suivants du Code des Assurances et la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989. Ce contrat est dénommé ci-après le contrat groupe.

Il est souscrit par **l'Association RMP « Régimes Médicaux Prévoyance »**, association régie par la loi du 1er juillet 1901 sise au 1050 Chemin des Exquerts – 84170 MONTEUX, auprès de **L'EQUITÉ**, assureur des garanties Frais de Santé, au profit de ses adhérents.

L'assureur des garanties Frais de Santé est : **L'EQUITÉ** - Société anonyme au capital de 22 469 320 euros Entreprise régie par le Code des assurances RCS Paris B 572 084 697 - Siège Social : 7, boulevard Haussmann – 75442 Paris Cedex 09 Société appartenant au Groupe Generali, immatriculé sur le registre italien des groupes d'assurances sous le numéro 026.

L'assureur délègue la gestion des adhésions à **POP SANTE** – CS 60039 - 1050 Chemin des exquerts – 84170 MONTEUX.

Le contrat d'assurance de groupe établi entre RMP et l'EQUITE se compose des documents suivants :

- Les conventions N°AC489999 et AC490000.
- La présente Notice d'information, qui définit les garanties, les engagements réciproques ainsi que les dispositions relatives à la vie du contrat,
- Le certificat d'adhésion, qui retrace les éléments personnels de l'assuré, ses déclarations et les garanties qu'il a souscrites,
- Le tableau des garanties, qui détaille l'ensemble des postes de remboursement et leurs montants.

L'ensemble de ces documents constitue de façon indissociable le contrat groupe auquel les parties s'engagent ; elles ne pourront se prévaloir de l'un d'entre eux séparément de tous les autres.

Le contrat groupe est soumis à la loi française et toute action judiciaire y afférente sera du ressort exclusif des tribunaux français.

I - OBJET DE L'ADHESION

L'adhésion au contrat a pour objet le versement de prestations complémentaires à celles du Régime Obligatoire pour les frais de santé engagés par les assurés et/ou le(s) ayant(s) droit désigné(s) à l'occasion d'un accident, d'une maladie ou d'une maternité.

2 - CONDITIONS D'ADHESION

L'admission à la présente assurance en qualité d'assuré est réservée aux personnes physiques respectant les conditions cumulatives suivantes :

- être adhérentes à l'Association RMP,
- relever du Régime Obligatoire français ou du régime général des Travailleurs Non-Salariés,
- être âgées de 18 à 80 ans, l'âge étant calculé par différence entre le millésime de l'année et le millésime de l'année de naissance.

Les frontaliers qui résident en France et travaillent en Suisse sont exclus du bénéfice de cette gamme.

3 - MODALITÉS D'ADHESION

Le demandeur, après avoir pris connaissance des présentes Notice d'Information et du tableau des garanties, remplira avec soin une demande d'adhésion.

Il devra désigner ses éventuels ayants droit, parmi :

- son conjoint,
- personne avec laquelle il est marié, non divorcé et non séparé de corps judiciairement,
- son concubin, sous réserve de la production d'un justificatif de concubinage ou de vie commune,
- son partenaire, sous réserve de la production d'une attestation d'inscription de la déclaration du Pacte Civil de Solidarité.
- les enfants,
- âgés de moins de 18 ans, reconnus à sa charge ou à celle de son conjoint au sens du régime obligatoire auquel relève l'adhérent ou son conjoint,
- âgés de 18 à 26 ans inclus, sous réserve :
 - √ qu'ils produisent un justificatif annuel de scolarité et n'exercent pas d'emploi rémunéré à caractère permanent,
 - √ qu'ils soient en formation en alternance ou en contrat d'apprentissage, sous réserve de justificatif,
 - √ qu'ils soient inscrits au Pôle Emploi en tant que primo demandeur d'emploi,
- sans limite d'âge si l'enfant bénéficie des allocations pour personnes handicapées prévues par la loi n°2005-12 du 11 février 2005.

• les ascendants, descendants ou collatéraux, à condition qu'ils soient reconnus à charge par le régime obligatoire de l'adhérent ou celui de son conjoint.

Le demandeur devra également indiquer le niveau de garanties qu'il a choisi (Niveau 1, Niveau 2, Niveau 3, Niveau 4, Niveau 5 ou Niveau 6).

Les garanties choisies seront ensuite identiques pour les ayants droit.

Aucune formalité médicale n'est exigée en cas d'adhésion au contrat, qu'elle que soit le niveau de garanties choisi.

Toute adhésion au contrat nécessite au préalable d'adhérer à l'Association RMP dont la cotisation annuelle en vigueur sera prélevée annuellement, la première fois à l'adhésion du contrat puis à chaque échéance principale. A ce titre, l'adhérent recevra une copie des statuts de l'association.

4 - PRISE D'EFFET ET DURÉE DE L'ADHESION

L'adhésion est réputée conclue au jour de la signature par l'adhérent du bulletin d'adhésion.

Sous réserve de l'encaissement effectif de la première cotisation, la date d'effet de l'adhésion est celle figurant sur le certificat d'adhésion ; elle est toujours fixée au plus tôt le jour de la réception du dossier complet.

La date d'échéance de l'adhésion est le 1er janvier de l'année civile. Ainsi en cas d'adhésion prenant effet à une date autre que celle du 1er janvier, l'adhésion est conclue pour une première période, inférieure à une année, courant de la date d'effet de l'adhésion jusqu'au 31 décembre de l'année. Il est ensuite reconduit pour une durée annuelle avec une possibilité de résiliation, à la date d'échéance du contrat ou en cours d'année comme précisé au paragraphe « RÉSILIATION DE L'ADHESION ».

Néanmoins, les garanties d'assurance ont, sous réserve du paiement intégral des cotisations, et sous l'express condition qu'une réglementation impérative l'impose, un caractère viager dès l'adhésion.

5 - RÉSILIATION DE L'ADHESION

5.1 – FORMES DE LA RÉSILIATION

Lorsque la résiliation vient de l'adhérent, elle doit se faire par lettre recommandée ou par déclaration faite contre récépissé à l'adresse suivante : POP SANTE – CS 60039 - 1050 Chemin des exquerts – 84170 MONTEUX.

Lorsque la résiliation est du fait de l'assureur, elle doit se faire par lettre recommandée envoyée au dernier domicile connu de l'adhérent.

5.2 – CONSÉQUENCES DE LA RÉSILIATION

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

5.3 – RÉSILIATION PAR L'ADHÉRENT

L'adhérent peut résilier son adhésion :

- à l'échéance en adressant à l'assureur, au plus tard deux mois avant l'échéance annuelle prévue au certificat d'adhésion, une lettre recommandée. La résiliation prend effet au jour de l'échéance principale à 0 heure,
- en cas de modification de tarif ou de garantie, dans le mois qui suit la date où l'adhérent a reçu son avis d'échéance. La résiliation prend effet 1 mois après l'envoi de la lettre de résiliation.
- en cas de diminution du risque si l'assureur ne consent pas à réduire le montant de la cotisation en conséquence (article L113-4 du Code des Assurances), dans le mois qui suit la date à laquelle l'adhérent a eu connaissance de la proposition. La résiliation prend effet 1 mois après l'envoi de la lettre de résiliation. Les dispositions applicables en cas de diminution du risque ne sont pas applicables lorsque l'état de santé de l'assuré se trouve modifié.

5.4 – RÉSILIATION PAR L'ASSUREUR

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.

5.5 – RÉSILIATION PAR L'ADHÉRENT OU L'ASSUREUR

L'adhérent ou l'assureur peut résilier l'adhésion :

- en cas de changement de domicile, de situation matrimoniale, de profession, de départ à la retraite ou cessation d'activité professionnelle 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 (article L113-16 du Code des Assurances), dans les 3 mois qui suivent la date de l'évènement pour l'adhérent et dans les 3 mois qui suivent l'envoi par l'adhérent d'une lettre d'information pour l'assureur.

La résiliation prend effet 1 mois après la notification de la lettre recommandée.

5.6 – RÉSILIATION DE PLEIN DROIT

L'adhésion est résiliée de plein droit :

- en cas de décès de l'adhérent. En présence d'ayants droit, les garanties sont maintenues jusqu'à la prochaine échéance de cotisation. S'ils le souhaitent, un nouveau contrat leur sera proposé, qui tiendra compte des garanties et conditions antérieures à la résiliation.
- en cas de retrait de l'agrément administratif de l'Assureur

- en cas de départ de la France métropolitaine ou de la Principauté de Monaco pour une durée supérieure à un an. La résiliation prend effet le 1er

6 - DÉCLARATIONS

Les déclarations tant à l'adhésion qu'en cours de contrat, sont faites par l'adhérent pour son compte et celui de ses ayants droit auxquels elles sont opposables.

Ces déclarations sont importantes pour l'élaboration et l'évolution du contrat et l'adhérent doit fournir des réponses exactes.

6.1 – A L'ADHESION

L'adhérent doit répondre avec précision aux questions et demandes de renseignements figurant sur la demande d'adhésion.

6.2 – EN COURS DE CONTRAT

L'adhérent doit déclarer, pour toute personne couverte par le contrat, tout événement modifiant les déclarations faites lors de l'adhésion et qui aurait pour effet de les rendre inexacts ou caduques et notamment :

- Un changement d'état civil,
- Une cessation ou un changement d'affiliation d'un des Bénéficiaires au Régime Obligatoire,
- Un changement de domicile ou un départ hors de France métropolitaine pour une durée supérieure à un an,
- La survenance d'un événement entraînant la cessation de qualité d'ayant droit,
- Un changement de profession ou une cessation d'activité professionnelle,
- Un changement de compte bancaire ou postal pour le prélèvement des cotisations et/ou le virement des prestations,
- L'existence ou la cessation de garanties de même nature souscrites auprès d'autres assureurs.

Les déclarations en cours de contrat doivent être faites à l'adresse suivante : POP SANTE – CS 60039 - 1050 Chemin des exquerts – 84170 MONTEUX

Ces événements doivent être signalés dans un délai de 15 jours suivant leur survenance ; l'inobservation de ce délai, si elle cause un préjudice à l'assureur, entraîne la perte de tout droit aux garanties liées à la modification.

En cas de réticence ou fausse déclaration intentionnelle modifiant l'appréciation du risque assuré, l'adhésion est nulle et la prime payée demeure acquise à titre de pénalité. En cas d'omission ou déclaration inexacte non intentionnelle, constatée avant sinistre, l'assureur pourra résilier l'adhésion avec un préavis de 10 jours en restituant à l'adhérent le prorata de prime ou augmenter la prime à due proportion. Si cette omission ou fausse déclaration non intentionnelle est constatée après un sinistre, l'indemnité sera réduite à proportion de la part de prime payée rapportée à ce qu'elle aurait dû être si l'assureur avait eu connaissance exacte de la situation de l'adhérent.

7 - CONDITIONS DES GARANTIES

Pour bénéficier des garanties, les assurés doivent être affiliés ou ayants droit d'un affilié au Régime Obligatoire français.

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

En outre, pour les soins et les prothèses dentaires, les dates de proposition et d'exécution des travaux doivent être également situées dans la période de garantie.

8 – PRISE D'EFFET DES GARANTIES

Les garanties du contrat prennent effet, soit immédiatement à compter de la date mentionnée sur le certificat d'adhésion, soit à l'issue d'un délai de carence déterminé. L'allocation versée en cas de naissance ou d'adoption, laquelle n'est acquise qu'après un délai d'attente de neuf mois appliqué à partir de la date d'effet indiquée au certificat d'adhésion et sous réserve de l'inscription de l'enfant sur la police de l'assuré dans le mois suivant la naissance.

En cas d'augmentation du niveau de garanties, les délais d'attentes s'appliquent aux prestations résultant de cette augmentation.

9 - ÉTENDUE TERRITORIALE DE LA GARANTIE

Les garanties d'assurance frais de santé ne bénéficient qu'aux seuls adhérents résidant à titre principal en France pour des frais engagés en France métropolitaine.

Elles s'étendent aux accidents survenus et maladies contractées à l'Étranger lors de voyages ou de séjours, si le Régime Obligatoire français d'assurance maladie de l'adhérent s'applique. Le règlement des prestations est effectué dans tous les cas en France et en euros.

10 - GARANTIES ET MONTANT DES REMBOURSEMENTS

La gamme comporte plusieurs niveaux de garanties (Niveau 1, Niveau 2, Niveau 3, Niveau 4, Niveau 5, Niveau 6) dont les remboursements par poste sont détaillés dans le tableau de garanties

Les montants de remboursements s'entendent :

- Après déduction du remboursement du Régime Obligatoire lorsqu'il intervient,
- Dans la limite du niveau de remboursement indiqué dans le tableau de garantie et de la formule choisie indiquée sur le certificat d'adhésion.

Les montants de remboursements, figurant dans le tableau des garanties annexées aux présentes Dispositions Générales, sont exprimés, suivant le cas :

- En pourcentage du tarif de responsabilité en vigueur fixé par le Régime Obligatoire: Tarif de Convention (TC) en secteur conventionné ou Tarif d'Autorité (TA) en secteur non conventionné,
- En Frais réels (FR),
- En montant exprimé en euros. Ces montants représentent des plafonds de garantie. Sur la majorité des postes, les plafonds sont exprimés par année d'assurance et par bénéficiaire. Ils se renouvellent chaque année à la date d'effet de l'adhésion et ne sont pas cumulables d'une année sur l'autre. Seul le poste «optique» s'apprécie sur une période de deux ans.

Les séjours en maisons de repos et de convalescence suite à hospitalisation sont pris en charge à hauteur de 100% de la base de remboursement du régime obligatoire, et dans la limite de 30 jours par an et par bénéficiaire, au-delà de cette limite la prise en charge sera limitée au ticket modérateur.

L'hospitalisation à domicile est limitée à 30 jours par an par bénéficiaire, au-delà de cette limite la prise en charge sera limitée au ticket modérateur.

Le tarif en vigueur auquel se réfère l'assureur pour le calcul des prestations est celui à la date des soins.

Dans tous les cas, les remboursements sont limités au montant des frais réellement engagés. De convention expresse, l'assureur est de plein droit habilité à limiter ou contester sa prise en charge en cas de non-respect des règles du Code de déontologie médicale.

11 – EXCLUSIONS

Les actes ne figurant pas sur la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP) ou la CCAM (Classification Commune des Actes Médicaux) ne sont pas remboursés, sauf cas particuliers prévus à l'adhésion.

Les exclusions ci-dessous s'appliquent à toutes les garanties d'assurance à l'exception des garanties minimum et maximum des contrats responsables précisées à l'article « CADRE JURIDIQUE DU CONTRAT DIT RESPONSABLE ».

Les garanties ne s'exercent pas en cas :

- ✓ de guerre civile ou étrangère, d'émeutes et mouvements populaires
- ✓ de désintégration du noyau atomique ou de radiations ionisantes,
- ✓ de traitements ou interventions chirurgicales dans un but de rajeunissement ou esthétique,
- ✓ de cures d'amaigrissement, de sommeil, de désintoxication ou de séjours en institut médico-pédagogique et établissements similaires,
- ✓ d'une aggravation due à l'inobservation intentionnelle par l'adhérent des prescriptions du médecin.

Sont également applicables les exclusions imposées par le dispositif législatif des contrats dits «responsables» et mentionnées à l'article « CADRE JURIDIQUE DU CONTRAT DIT RESPONSABLE ».

Le remboursement de la chambre particulière dans le cadre de séjour en maison de repos et convalescence ou d'hospitalisation en milieu spécialisé est exclu.

12 – CADRE JURIDIQUE DU CONTRAT DIT RESPONSABLE

L'adhésion s'inscrit dans le cadre du dispositif législatif relatif aux contrats d'assurance complémentaire santé dits «contrats responsables» (articles L871-I, R871-I ET R871-2 du code de la Sécurité sociale modifié par le décret n°2014-1374 du 18 Novembre 2014)).

En cas d'évolution de la réglementation régissant les «contrats responsables», les garanties de la présente adhésion feront l'objet de modifications pour rester en conformité avec ce cadre juridique, après information préalable de l'adhérent.

13 – MODIFICATION DES GARANTIES

13.1 – A LA DEMANDE DE L'ADHERENT

A l'échéance principale : L'adhérent a la possibilité de demander un changement de niveau par écrit et au plus tard deux mois avant l'échéance principale de l'adhésion.

Toutefois, une diminution du niveau de garantie ne sera acceptée qu'après un délai de douze mois d'assurance minimum suivant la date d'effet de l'adhésion ou la date d'effet d'un avenant s'il fait suite à une augmentation du niveau de remboursements.

Hors échéance principale : L'adhérent a la possibilité de demander par écrit un changement de niveau de garantie à titre exceptionnel dans le cas d'un changement de situation familiale.

La modification des garanties de l'adhérent et ses ayants droit prendra effet à la date d'effet de l'avenant constatant les modifications.

Les changements de garanties (à la hausse ou à la baisse) entraîneront un recalcul des plafonds (proratisation). Pour les équipements en optique le plafond sera recalculé en tenant compte de la période des deux ans.

En cas de modification de cotisation, la différence de cotisation sera mentionnée dans l'avenant. S'il s'agit d'un supplément à acquitter, celui-ci devra être réglé à l'assureur conformément aux dispositions de l'article « COTISATIONS ». S'il s'agit

d'une ristourne en faveur de l'adhérent, celle-ci lui sera réglée sous réserve de l'absence d'arriéré de prime à compenser.

des garanties ou la résiliation de l'adhésion, sans application du délai de préavis.

13.2 – A LA DEMANDE DE L'ASSUREUR

L'adhésion peut être modifiée sur proposition de l'assureur, notamment par nécessité de mise en conformité avec les dispositions réglementaires régissant les contrats «responsables» (article « Cadre juridique du contrat dit responsable»); dans ce cas, l'adhérent sera informé par écrit des modifications apportées ou susceptibles d'être apportées aux droits et obligations des assurés au moins deux mois avant la date prévue de leur entrée en vigueur, à moins que les délais réglementaires ne permettent pas de respecter un tel délai. L'adhérent sera informé par courrier simple, l'assureur étant expressément dispensé de recourir à un envoi recommandé. L'adhérent ne pourra exiger comme moyen de preuve de cette information l'envoi d'un courrier recommandé.

Ces modifications sont applicables sous réserve du consentement de l'adhérent dans les conditions ci-après. Ce consentement peut être prouvé par tout moyen de droit. De convention expresse, le consentement de l'adhérent est réputé acquis par le paiement sans réserve de la cotisation faisant suite à ces modifications, de même qu'en cas de prélèvement bancaire n'ayant soulevé ni réserve ni opposition formulée auprès de l'assureur dans les trente jours suivant son exécution.

En cas de refus d'une modification par l'adhérent, celui-ci peut résilier l'adhésion dans le mois qui suit la réception de l'information. La prime ou le prorata de prime restera dû sur les bases existantes jusqu'à la date d'effet de cette résiliation.

14 – AJOUT OU SORTIE DES AYANTS DROITS

14.1 – A L'ECHEANCE PRINCIPALE

L'adhérent a la possibilité de demander, par écrit, l'ajout ou la sortie d'un ayant droit à la date d'échéance principale de l'adhésion, en prévenant l'assureur au plus tard deux mois avant l'échéance principale de l'adhésion.

14.2 – HORS ECHEANCE PRINCIPALE

Si un événement survient en cours d'année entraînant l'acquisition de la qualité d'ayant droit, d'une personne que l'adhérent souhaite assurer, il doit adresser une demande écrite à cet effet :

- Dans un délai de 2 mois suivant cet événement s'il s'agit d'une naissance ou d'une adoption,
- Dans un délai de 15 jours suivant cet événement pour les autres demandes.

Sous réserve des pièces justifiant de la date de l'événement et des conditions permettant d'être désigné comme ayant droit, la modification de l'adhésion prendra alors effet :

- À la date de naissance du nouveau-né,
- À la date de jugement d'un enfant adopté,
- À la date de l'union avec son conjoint,
- À la date de radiation d'un contrat de même nature prévoyant des garanties similaires (sous réserve de la production d'un Certificat de radiation).

Si la demande est formulée au-delà des délais ci-dessus, la modification de l'adhésion prendra effet à la date de réception de la demande, sous réserve de la production des pièces justificatives.

Si un événement survient en cours d'année entraînant la perte de la qualité d'ayant droit, l'adhérent doit le déclarer par écrit dans les 15 jours suivant cet événement. La modification de l'adhésion prendra effet, sous réserve de la production des pièces justifiant de la date de l'événement et de la fin des conditions permettant d'être désigné comme ayant droit :

- À la date du décès,
- À la date de séparation ou de divorce,
- À la date de cessation ou de changement d'affiliation au Régime Obligatoire.

Si des prestations ont été versées au-delà de ce délai, l'assureur pourra demander à l'adhérent le remboursement des prestations indûment réglées pour cet ayant droit.

Si un des ayants droit ne remplissait plus les conditions prévues pour être bénéficiaire, les garanties cesseraient de plein droit et sans formalité pour celui-ci.

En cas d'ajout ou de sortie d'ayant droit, la cotisation sera ajustée en conséquence à compter de la date d'effet de l'avenant constatant cette modification. La différence de cotisation sera mentionnée dans l'avenant. S'il s'agit d'un supplément à acquitter, celui-ci devra être réglé à l'assureur conformément aux dispositions de l'article «COTISATIONS». S'il s'agit d'une ristourne en faveur de l'adhérent, celle-ci lui sera réglée sous réserve de l'absence d'arriéré de prime à compenser.

15 – ADAPTATION DE L'ADHESION PAR SUITE DE MODIFICATION DU REGIME DE BASE DE LA SECURITE SOCIALE

Les garanties de la présente adhésion, sa tarification et les modalités de mise en jeu de l'assurance ont été fixées compte tenu des dispositions du régime d'assurance maladie en vigueur lors de sa prise d'effet.

Si ces dispositions ou les règles d'indemnisation de l'assurance maladie venaient à être modifiées, l'assureur se réserve la faculté de procéder à une révision de l'adhésion, à compter du premier jour du mois suivant l'application par cet organisme des dispositions nouvelles.

L'adhérent conserve, dans ce cas, la possibilité de demander un aménagement

16 – PRESTATIONS

16.1 – REMBOURSEMENT DES PRESTATIONS

Les dépenses de prestations sont remboursées en fonction du niveau de garanties que l'adhérent a souscrit et qui figure au certificat d'adhésion.

Les demandes de remboursement de prestations sont à adresser au centre de gestion : POP SANTE – CS 60039 - 1050 Chemin des exquerts – 84170 MONTEUX

Le remboursement est appliqué séparément pour chaque poste de frais pris en charge par le Régime Obligatoire d'assurance maladie.

Il est toujours subordonné au remboursement préalable du Régime Obligatoire d'assurance maladie, sauf dispositions contraires figurant au tableau des garanties.

Les prestations sont réglées dans les 48 heures qui suivent soit la remise des justificatifs, soit l'accord amiable, soit la décision judiciaire exécutoire.

Les prestations sont réglées en euros sur un compte ouvert auprès d'un établissement bancaire français.

Les décomptes seront disponibles en ligne dans l'espace personnel des assurés géré par POP Santé.

16.2 – TELETRANSMISSION

La transmission des décomptes de remboursements des assurés bénéficiaires peut être effectuée directement par les caisses d'assurance maladie, sous forme d'échange de données informatiques. Si l'adhérent ne souhaite pas bénéficier du service de la télétransmission automatique, il peut faire connaître son refus à tout moment en écrivant à POP SANTE – CS 60039 - 1050 Chemin des exquerts – 84170 MONTEUX. L'adhérent bénéficiant de la télétransmission de ses décomptes de remboursements pourra envoyer ses justificatifs complémentaires, avant même le remboursement de la Sécurité sociale. En cas de rejet de la télétransmission, l'adhérent sera amené à transmettre l'original de son décompte. Seuls les décomptes pour lesquels un remboursement n'a pas été traité automatiquement devront être envoyés.

16.3 – TIERS PAYANT

L'adhésion à cette offre permet de bénéficier des avantages d'une carte de tiers payant. Pour les dépenses de pharmacie remboursables par la Sécurité sociale, l'adhérent est dispensé du paiement du ticket modérateur. Cet avantage est étendu aux autres dépenses de santé auprès de tous les professionnels de santé conventionnés, qui acceptent le dispositif. La carte de Tiers payant permet également de bénéficier d'une prise en charge dans la limite de la garantie souscrite, en cas d'hospitalisation en France par l'intermédiaire de l'établissement hospitalier auprès de l'organisme de Tiers payant ou sur simple demande à POP SANTE – CS 60039 - 1050 Chemin des exquerts – 84170 MONTEUX.

En cas de suspension ou de résiliation de l'adhésion, l'adhérent s'engage à restituer immédiatement la carte de Tiers payant. Il s'engage également à rembourser à l'assureur les prestations indûment réglées aux praticiens postérieurement à cette suspension ou cette résiliation.

16.4 – JUSTIFICATIFS A PRODUIRE

Pour obtenir le règlement de ses prestations, l'adhérent doit envoyer à POP SANTE – CS 60039 - 1050 Chemin des exquerts – 84170 MONTEUX, dans les 3 mois qui suivent la fin du traitement, les pièces justificatives accompagnées d'une demande datée et signée comportant le numéro d'adhésion.

La liste des pièces justificatives à fournir est la suivante :

- Les décomptes originaux des remboursements du Régime Obligatoire justifiant les prestations qui ont été servies. Dans les départements dans lesquels un accord a été passé avec les organismes de Régimes Obligatoires, une telle formalité ne sera pas nécessaire,
- Les notes d'honoraires et factures détaillées justifiant des frais réellement engagés, notamment pour le transport hospitalier,
- Les factures d'hospitalisation si celle-ci n'a pas donné lieu à prise en charge préalable, notamment pour la chambre particulière, le forfait journalier hospitalier, le lit accompagnant
- Les factures des pharmaciens lorsque la garantie Tiers payant n'a pu être mise en jeu ou en cas de dépassement du tarif de responsabilité,
- Le décompte du remboursement du Régime Obligatoire et la facture détaillée des frais engagés pour les prothèses dentaires acceptées,
- La facture détaillée des frais engagés pour les prothèses dentaires refusées,
- Pour les frais d'optique, la demande de prise en charge et la facture de l'opticien distinguant le prix de la monture de celui des verres et le type de verres ou indiquant les frais de lentilles. Pour les lentilles non remboursées par le Régime Obligatoire, joindre également une ordonnance de moins de deux ans. En cas d'évolution de la vue, il sera exigé une prescription médicale ou une facturation de l'opticien justifiant le changement de correction,
- Pour les vaccins non remboursés, la facture détaillée et acquittée,
- Pour les cures thermales, la facture détaillée des frais engagés, ainsi que le décompte du remboursement du Régime Obligatoire,
- Pour les médecines naturelles, la facture détaillée du praticien diplômé d'Etat,
- Lorsque l'adhérent ou ses ayants droit bénéficient d'une autre couverture complémentaire, les originaux des décomptes établis par l'organisme en cause,
- En cas de naissance, un certificat de naissance ou une copie certifiée conforme du livret de famille établissant la filiation avec l'adhérent,

• En cas d'adoption, une copie du jugement d'adoption, établissant la filiation avec l'adhérent,

• En cas d'accident mettant en cause un tiers responsable identifié, les coordonnées du tiers responsable ou de son assureur, afin de pouvoir engager les recours.

Seuls les décomptes originaux tiennent lieu de justificatifs. Si les renseignements fournis sont insuffisants pour le règlement des prestations, l'assureur pourra demander de fournir des justificatifs complémentaires.

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

17 – CONTRÔLE, PROCEDURE D'EXPERTISE ET D'ARBITRAGE

17.1 – CONTROLE DES DEPENSES

Le médecin-conseil peut demander à l'adhérent tout renseignement ou document complémentaire qu'il juge utiles et le cas échéant demander une expertise médicale, afin de permettre l'appréciation du droit aux prestations notamment en ce qui concerne le principe et la fréquence de l'engagement des dépenses et leur montant.

À peine de déchéance, l'adhérent doit lui communiquer ces informations, soit directement sous pli confidentiel soit par l'intermédiaire de son médecin, et se soumettre à toute expertise médicale éventuelle.

En fonction du résultat de ces contrôles, l'assureur se réserve le droit de contester au regard des dispositions de la présente adhésion, la prise en charge des frais dont le remboursement est demandé ou le montant de sa prise en charge.

De convention expresse, l'adhérent reconnaît le droit de subordonner la mise en jeu de la garantie au respect de ces conditions. En cas de refus de l'adhérent, l'assureur pourra, de convention expresse, s'opposer à la mise en jeu de la garantie.

17.2 – PROCEDURE D'EXPERTISE

Les médecins et délégués missionnés par l'assureur auront, à toute époque le droit de constater médicalement l'état de santé de l'adhérent. Dans le cas où l'adhérent ne peut se déplacer, le médecin missionné doit avoir accès à son lieu de résidence.

17.3 – ARBITRAGE

• En cas de persistance d'un désaccord sur les conclusions du médecin expert que l'assureur a désigné, le différend est soumis à une expertise amiable avant tout recours à la voie judiciaire.

• Chacun des parties choisit un médecin expert devant régler le différend. À défaut d'accord entre eux, ceux-ci s'adjoignent un troisième expert et tous trois opèrent en commun et à la majorité des voix.

À défaut d'accord entre les médecins sur le nom du tiers expert, la désignation est effectuée par le Président du Tribunal de Grande Instance du domicile de l'adhérent. Cette nomination est faite sur simple requête signée des deux parties ou d'une seulement, l'autre partie ayant été convoquée par lettre recommandée. Les trois médecins opèrent en commun et à la majorité des voix. Chaque partie paie les frais et honoraires de son représentant. Les honoraires du tiers médecin sont supportés à charge égale par les deux parties.

18 - COTISATIONS

18.1 – MONTANT DE LA COTISATION

La cotisation annuelle est fixée au certificat d'adhésion. Elle est exprimée en euros, tous frais et taxes inclus. Elle tient compte d'un certain nombre de paramètres tels que le régime obligatoire de l'adhérent, les garanties choisies, l'âge des assurés et la zone géographique. Elle ne dépend pas de l'état de santé des assurés.

La cotisation totale correspond au cumul des cotisations de chaque assuré. La cotisation totale est due par l'adhérent.

18.2 – VARIATION DE LA COTISATION

La cotisation évolue en fonction de l'âge atteint de l'adhérent et de ses ayants droit à l'échéance de l'adhésion.

En cours de contrat, la cotisation peut varier en cas de :

- modification de la législation sociale et/ou fiscale,
- changement de garanties
- changement ou modification du régime obligatoire d'assurance maladie,
- ajout ou sortie de bénéficiaire,
- changement de domicile entraînant un changement de zone tarifaire.

Par ailleurs, en cas de modification du taux de taxe sur les conventions d'assurance ou d'un prélèvement indirect, celle-ci sera appliquée conformément aux dispositions réglementaires.

18.3 – REVISION DE LA COTISATION

L'assureur peut également être amené à réévaluer le montant des cotisations,

notamment en fonction des résultats techniques des garanties de même nature et/ou de l'évolution prévisionnelle des dépenses de santé.

Les augmentations de cotisations ont lieu chaque année à la date échéance du contrat. Le nouveau montant de cotisation sera communiqué sur la lettre d'information annuelle.

L'adhérent pourra refuser cette modification en résiliant l'adhésion dans le mois qui suit la réception de l'avis d'échéance.

18.4 – PAIEMENT DE LA COTISATION

La cotisation est payable d'avance, selon le fractionnement choisi par l'adhérent : périodicité annuelle ou mensuelle. Le paiement et l'encaissement de cotisations inexacts ou partielles ne sauraient valoir délivrance ou maintien des garanties.

Le prélèvement automatique est obligatoire pour les paiements mensuels. Le prélèvement s'effectue pour chaque mois de quittance au plus tard le 15 du mois précédant la quittance.

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

18.5 – DEFAUT DE PAIEMENT

Si l'adhérent ne paie pas la cotisation dans les 10 jours de son échéance, l'assureur peut - indépendamment de son droit de poursuite en justice - adresser à l'adhérent une lettre recommandée valant mise en demeure. Faute de règlement, les garanties de l'adhésion seront alors suspendues trente jours après l'envoi de cette lettre. La suspension de garanties entraîne, pour chaque assuré, la perte de tout droit aux garanties prévues par la présente adhésion pour des événements survenus pendant la période de suspension.

En cas de paiement de l'intégralité de la cotisation restant due dans les dix jours suivant la suspension des garanties, celles-ci seront remises en vigueur le lendemain midi du jour du paiement.

À défaut, l'adhésion sera automatiquement résiliée dix jours après l'expiration du délai de trente jours précité. Dans ce cas, la portion de cotisation relative à la période postérieure à la date d'effet de la résiliation sera acquise à titre de dommages et intérêts et l'assureur pourra en poursuivre le recouvrement. S'y ajouteront les frais de recouvrement et les intérêts de retard qui seront à la charge de l'adhérent.

18.6 – LOI MADELIN

Pour les adhérents exerçant une activité professionnelle non salariée et percevant à ce titre des BIC ou des BNC ou une rémunération relevant de l'article 62 du CGI, les garanties santé sont éligibles à la loi N°94-126 du 11 février 1994 dite « loi Madelin » sur la base de la convention référencée AC489999. Toutefois, pour bénéficier des avantages de la loi, l'adhérent doit, chaque année, fournir à POP Santé une attestation de paiement de ses cotisations au Régime Obligatoire de retraite et de prévoyance.

19 - SUBROGATION

En vertu du Code des assurances, l'assureur est subrogé dans les droits et actions des assurés envers tout responsable jusqu'à concurrence de l'indemnité qu'il a versée.

20 - PRESCRIPTION

Conformément aux dispositions des articles L 114-1, L 114-2 et L 114-3 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 fausse 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 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.

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.»

Conformément aux dispositions des articles 2240, 2241, 2242, 2243, 2244, 2245 et 2246 du Code civil relatant les causes d'interruption de la prescription :

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

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.

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

de l'instance.

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.

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.

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.

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

21 – EXAMEN DES RECLAMATIONS ET PROCEDURE DE MEDIATION

21.1 – EXAMEN DES RECLAMATIONS

Pour toute réclamation relative à la gestion de son adhésion, ses cotisations ou encore ses prestations, l'adhérent doit s'adresser prioritairement à son interlocuteur habituel qui est en mesure de lui fournir toutes informations et explications : POP SANTE – CS 60039 - 1050 Chemin des exquerts – 84170 MONTEUX.

Si l'adhérent ne reçoit pas une réponse satisfaisante, il peut adresser sa réclamation écrite (mentionnant les références du dossier concerné et accompagnée d'une copie des éventuelles pièces justificatives) à : L'ÉQUITÉ - Cellule Qualité - 7 boulevard Haussmann - 75442 Paris Cedex 09

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

Si l'adhésion au 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 de l'adhésion, 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.

21.2 – MEDIATION

En qualité de membre de la Fédération Française des Sociétés d'Assurances, Generali applique la Charte de la Médiation mise en place au sein de cette Fédération.

Si un litige persiste entre l'adhérent et l'assureur après examen de sa demande par le service réclamations, l'adhérent peut saisir le Médiateur de la FFSA, en écrivant à M. le Médiateur de l'Assurance BP 290 - 75 425 Paris Cedex 9.

Le Médiateur ne peut être saisi qu'après que le Service Réclamations ait été saisi de la demande et y ait apporté une réponse.

La saisine du médiateur n'est possible que dans la mesure où la demande de l'adhérent n'a pas été soumise à une juridiction.

22 – INFORMATIQUE ET LIBERTES

Les informations à caractère personnel recueillies par l'assureur ou son délégataire POP Santé sont nécessaires et ont pour but d'effectuer des actes d'adhésion ou de gestion de la présente adhésion. Elles feront l'objet de traitements informatisés, pour les finalités et dans les conditions ci-dessous précisées.

Toutes les opérations et données personnelles sont protégées par la Loi Informatique et libertés n°78-17 du 6 janvier 1978.

Conformément à cette dernière, ces données pourront être communiquées en tant que besoin et au regard des finalités mentionnées ci-dessous, aux entités du Groupe Generali en France, ainsi que si nécessaire à ses partenaires, intermédiaires et réassureurs, sous-traitants et prestataires, dans la limite nécessaire à l'exécution des tâches qui leur sont confiées. Il est précisé que certaines informations personnelles sont couvertes par le Secret professionnel en vertu de l'article 226-13 du Code pénal. Ces données ne pourront être communiquées que dans la limite nécessaire aux tâches confiées et sous condition du strict respect du secret professionnel.

Par ailleurs, en vue de satisfaire aux obligations légales et réglementaires, l'assureur ou son délégataire POP Santé peut être amené à communiquer des informations personnelles à des autorités administratives ou judiciaires sur demande ponctuelle écrite et motivée par les textes législatifs fondant le droit de communication.

L'adhérent peut également, à tout moment, conformément à la loi informatique et libertés, en justifiant de son identité, accéder aux informations le concernant, les faire rectifier, supprimer, s'opposer à leur communication à des tiers ou à leur utilisation à des fins commerciales.

Ces droits peuvent être exercés en écrivant à : POP SANTE – BP 39 – 84170 MONTEUX.

Les informations personnelles y compris celles recueillies ultérieurement et non visées par l'article 226-13 du code pénal, pourront être utilisées par l'assureur pour des besoins :

- de connaissance client, de gestion de la relation client, de gestion des produits ou des services, d'évaluation de l'adéquation et du caractère approprié des services et des garanties fournis, de conseils dans le cadre de la vente de produits d'assurance, de gestion de la preuve, de recouvrement,

- d'animation commerciale, d'études statistiques, d'évaluation et gestion du risque, de sécurité et prévention des impayés et de la fraude, de respect des obligations légales et réglementaires, notamment en matière de gestion du risque opérationnel de la lutte contre le blanchiment, ou de la lutte contre le financement du terrorisme,

- de prospection sous réserve du respect préalable du droit d'opposition ou de l'obtention de l'accord de l'adhérent à la prospection conformément aux exigences légales.

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 nécessaire à des fins de lutte contre le blanchiment des capitaux et financement du terrorisme.

Dans ce cadre, l'adhérent peut exercer son droit d'accès auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés, 8, rue Vivienne, 75002 PARIS.

23 – AUTORITE DE CONTROLE

L'autorité chargée du contrôle des entreprises d'assurances qui accordent les garanties prévues par la présente adhésion est :

L'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) - 61 rue Taitbout - 75436 Paris Cedex 09

24 – RENONCIATION A L'ADHESION

Conformément à l'article L 112-9 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 quatorze jours calendaires révolus à compter du jour de la conclusion du contrat, sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités."

Si les conditions précitées sont réunies - et sous réserve des autres dispositions de l'article L 112-9 du Code des assurances - l'adhérent peut renoncer à la présente adhésion en envoyant le modèle de lettre joint ci-après, sous la forme recommandée avec demande d'avis de réception, à POP SANTE – CS 60039 - 1050 Chemin des exquerts – 84170 MONTEUX. Cette faculté de renonciation est perdue si l'adhérent a connaissance d'un sinistre survenu pendant le délai de quatorze jours précités.

Nom, prénom _____	Adresse _____
Mode de paiement choisi _____	
Montant de la cotisation déjà acquitté _____ €	
Madame, Monsieur,	
Conformément aux dispositions de l'article L 112-9 du Code des assurances, j'entends par la présente renoncer à mon adhésion au contrat EGLE SANTE citée en référence conclue en date du _____.	
Je souhaite donc qu'il soit résilié à compter de la date de réception de la présente lettre.	
Je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes salutations distinguées.	
Fait le _____, à _____	
Signature de l'Adhérent	

25 – CONCLUSION DU CONTRAT ET DROIT DE RENONCIATION EN CAS DE VENTE A DISTANCE

Les dispositions ci-après s'appliquent aux adhésions exclusivement conclus à distance au sens de l'article L 112-2-1 du Code des Assurances et L 121-26 du Code de la consommation, c'est-à-dire, exclusivement conclus au moyen de «une ou plusieurs techniques de communication à distance jusqu'à, et y compris, la conclusion du contrat».

Conformément à l'article L 112-2-1 II du Code des assurances, l'adhérent peut renoncer à la présente adhésion dans un délai de 14 jours calendaires révolus à compter de la date de conclusion de l'adhésion ou à compter du jour où l'adhérent reçoit les conditions contractuelles et les informations, conformément à l'article L 121-28 du Code de la consommation si cette dernière date est postérieure à celle de la conclusion de l'adhésion.

Si l'adhérent a demandé que l'adhésion commence à être exécutée avant l'expiration du délai de renonciation, l'assureur sera alors en droit de conserver une fraction de la cotisation que l'adhérent a réglée correspondant à la période pendant laquelle le risque a couru.

La demande de renonciation doit être adressée à POP SANTE – CS 60039 - 1050 Chemin des exquerts – 84170 MONTEUX, et peut être faite suivant le modèle de lettre inclus ci-dessous.

Je soussigné(e), _____	
N° d'adhésion _____, désire bénéficier de la faculté de renoncer à ma demande d'adhésion au contrat groupe AC489999/AC490000 effectué en date du _____, exclusivement à distance.	
Fait à _____, le _____	
Signature de l'Adhérent	

L'assureur rembourse la cotisation perçue de l'adhérent en application de l'adhésion, à l'exception du montant qui lui est dû en contrepartie du commencement d'exécution dans les conditions ci-dessus évoquées. Ce remboursement intervient au plus tard dans les 30 jours, ce délai commençant à courir à compter du jour où l'assureur reçoit notification de la renonciation.

POP SANTE pour le compte des **Assurés bénéficiaires d'une couverture complémentaire santé EGLE SANTE** a souscrit pour vous auprès de **MAPFRE ASSISTANCE**, L'Européenne d'Assurances Voyages, le contrat n° 7 906 195 vous permettant de bénéficier automatiquement des garanties suivantes :

- **Assistance Rapatriement**
- **Assistance à domicile**

MAPFRE ASISTENCIA Compania Internacional de Seguros y Reaseguros, société anonyme d'assurance de droit espagnol, au capital de 108.175.523,12 euros, dont le siège social est sis Carretera de Pozuelo n°52 Majadahonda Madrid 28222, Espagne, soumise dans le cadre de son activité, au contrôle des autorités espagnoles Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, Paseo de la Castellana, 44. 28046 Madrid, agissant pour les besoins de la présente convention par l'intermédiaire de sa succursale française dont le siège social est sis LE QUATUOR Bâtiment 4D - 16 avenue Tony GARNIER ZAC GERLAND 69007 GERLAND, France, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Lyon sous le numéro 413 423 682, et par l'intermédiaire de son établissement secondaire, sis 31-33 rue de la Baume 75008 PARIS, Entreprise régie par le Code des Assurances.

Le présent tableau de garanties constitue une information contractuelle sur l'étendue des engagements de l'Assureur pour chacune des prestations dans les modalités définies à leur article de référence aux Conditions Générales.

TABLEAU DES GARANTIES

MODALITES D'INTERVENTION

Vous souhaitez bénéficier des prestations d'assistance rapatriement ou décès à l'occasion d'un déplacement à l'Etranger, il est impératif de nous contacter préalablement à toute intervention, notre centrale d'assistance. Un numéro de dossier sera alors délivré, qui, seul, justifiera une prise en charge des interventions.

ASSISTANCE RAPATRIEMENT EN COURS DE DEPLACEMENT	Plafond de garantie et franchise
Rapatriement médical (article 1)	Frais réels
Prolongation de séjour à l'hôtel (article 1)	60 € par nuit avec un maximum de 6 nuitées
Prolongation de séjour à l'hôtel d'un proche de l'Assuré (article 1)	60 € par nuit avec un maximum de 6 nuitées
Présence d'un proche si hospitalisation de plus de 10 jours (article 1)	Billet aller-retour 60 € par nuit avec un maximum de 6 nuitées
Frais de rapatriement du corps en cas de décès (article 2)	Transport du défunt assuré jusqu'au lieu des obsèques en France
Frais funéraires (article 2)	500 € par personne
Reconnaissance du corps et formalités décès (article 2)	Déplacement aller / retour
Retour prématuré (article 3)	Billet retour simple
Rapatriement des accompagnants (article 3)	Billet retour simple
Frais médicaux à l'étranger (article 3) Franchise frais médicaux	8 000 € par personne et par an 50 € par personne Plein par événement : 40 000 €
Avance sur frais d'hospitalisation (article 3) Franchise frais médicaux	8 000 € par personne et par an 150 € par personne Plein par événement : 40 000 €
Assistance Psychologique (article 4)	3 entretiens par personne et par an
Maximum par événement de la garantie assistance rapatriement	100 000 €

Notre Centrale d'Assistance à l'écoute 24 Heures sur 24 :

De l'étranger - Tél : 00 33 4 37 28 83 49 Fax : 00 33 1 55 69 39 26 et de France - Tél : 04 37 28 83 49 Fax : 01 55 69 39 26

ASSISTANCE A DOMICILE	Plafond de garantie et franchise
Information conseil vie quotidienne (article 4)	Entretiens téléphoniques (sans limitation)
Aide-ménagère (article 6)	Maximum 10 heures de travail pendant immobilisation ou durant le mois qui suit depuis date de début de celle-ci
Aide familiale (article 7)	10 heures maximum
Mise en relation avec un service de garde de personnes	Cout de la prestation à la charge du demandeur
Accompagnement des ascendants ou personnes dépendantes à charge (article 8)	Voyage aller / retour des ascendants ainsi que celui d'un accompagnant à concurrence de 100 € TTC
Transport et garde d'animaux (article 9)	Organisation du service et prise en charge du transport et de l'hébergement pour un maximum de 10 jours.
Envoi d'un médecin (article 10)	Mise en relation auprès d'un médecin généraliste
Envoi d'une infirmière (article 11)	Mise en relation - Frais de déplacement et honoraires à charge de l'Assuré
Mise à disposition d'un véhicule médical (article 12)	Mise en relation avec une société agréée pour réaliser un transport médicalisé
Livraison de médicaments à domicile (article 13)	Prix des médicaments à charge de l'Assuré

Vous souhaitez bénéficier des prestations d'assistance à domicile à l'occasion d'une Hospitalisation ou d'une Immobilisation à domicile, CONTACTEZ POP SANTE au 04 90 61 11 70, accessible du lundi au vendredi de 9h à 12h et 14h à 17h qui accueillera vos demandes et saura vous accompagner pour mettre en place le service dont vous pouvez bénéficier.

PRESENTATION DU CONTRAT

Le présent contrat est régi par :

- Le Code des Assurances
- Les présentes Conditions Générales
- Les Conditions Particulières de votre contrat d'assurance santé EGLE SANTE.

ASSISTANCE RAPATRIEMENT EN COURS DE DEPLACEMENT

ARTICLE 1 - L'ASSURÉ EST MALADE OU VICTIME D'UN ACCIDENT CORPOREL.

• Notre équipe médicale se met en rapport avec le médecin traitant sur place et/ou le médecin de famille, afin d'intervenir dans les conditions les mieux adaptées à l'état de l'Assuré.

• Notre équipe médicale organise le transport de l'Assuré vers le centre médical le plus proche de son domicile ou un transfert vers un centre hospitalier mieux équipé ou plus spécialisé.

• Selon la gravité, seule notre équipe médicale est habilitée à décider du rapatriement, du choix des moyens de transport et du lieu d'hospitalisation

• Nous rapatrierons l'Assuré à son domicile s'il est en état de quitter le centre médical.

• Si l'état de l'Assuré le justifie, nous organisons et prenons en charge le voyage d'une personne se trouvant sur place pour lui permettre de l'accompagner.

• Si l'état de l'Assuré ne justifie pas une hospitalisation ou un rapatriement et que l'Assuré ne puisse pas revenir à la date initialement prévue, nous prenons en charge les frais réellement exposés de prolongation de séjour à l'hôtel, ainsi que ceux d'une personne demeurant à son chevet : maximum par nuit et par personne indiqué au tableau des garanties, sur justificatif, hors frais de restauration jusqu'au rapatriement de l'Assuré. La durée de cette garantie ne pourra excéder un nombre de nuitées indiqué au tableau des garanties.

• Lorsque l'état de santé de l'Assuré le permet, nous organisons et prenons en charge son retour ainsi que celui, éventuellement, de la personne qui est restée près de lui.

• Si l'Assuré est hospitalisé et que son état ne justifie pas ou empêche un rapatriement ou un retour immédiat, nous organisons le séjour à l'hôtel de la personne que l'Assuré désigne, se trouvant déjà sur place et qui reste à son chevet et prend en charge les frais imprévus réellement exposés jusqu'à un maximum par nuit indiqué au tableau des garanties, sur justificatif, hors frais de restauration jusqu'au rapatriement de l'Assuré. La durée de cette garantie ne pourra excéder un nombre de nuitées indiqué au tableau des garanties.

Nous prenons en charge le retour de cette personne, si elle ne peut utiliser les moyens initialement prévus.

• Si l'hospitalisation sur place dépasse **10 jours**, et si personne ne reste au chevet de l'Assuré, nous mettons à la disposition de la personne que l'Assuré désigne, un billet aller/retour, pour se rendre près de lui, ceci uniquement au départ de l'un des pays membres de l'Union Européenne ou de la Suisse et organise le séjour à l'hôtel de cette personne avec un maximum par nuit indiqué au tableau des garanties, sur justificatif, hors frais de restauration. La durée de cette garantie ne pourra excéder un nombre de nuitées indiqué au tableau des garanties.

Lorsque l'état de santé de l'Assuré le permet, nous organisons et prenons en charge le retour de l'Assuré ainsi que celui, éventuellement, de la personne qui est restée près de lui.

• Si l'état de santé de l'Assuré ne lui permet pas de s'occuper de ses enfants mineurs et qu'aucun membre majeur de la famille de l'Assuré ne l'accompagne, nous organisons le déplacement de la personne que l'Assuré a désigné pour les ramener au domicile de l'Assuré.

ARTICLE 2 - EN CAS DE DÉCÈS.

• Nous organisons et prenons en charge le transport du corps du lieu de mise en bière jusqu'au lieu d'inhumation en France.

Les frais funéraires sont pris en charge à concurrence du montant indiqué au tableau des garanties.

• Nous organisons éventuellement et prenons en charge jusqu'au lieu d'inhumation le retour des membres de la famille qui participaient au même voyage et garantis par ce même contrat.

• Si l'Assuré décède alors qu'il se trouvait seul sur place, et si la présence d'un membre de sa famille ou d'un proche s'avère indispensable pour effectuer la reconnaissance

du corps et les formalités de rapatriement ou d'incinération, sur le lieu de séjour, nous organisons et prenons en charge le déplacement aller/retour de cette personne depuis la France jusqu'au lieu du décès.

ARTICLE 3 - AUTRES ASSISTANCES AUX PERSONNES A L'OCCASION D'UN DEPLACEMENT.

• Retour prématuré :

Si l'Assuré est dans l'obligation d'interrompre son voyage en raison du décès d'un membre de sa famille, nous organisons et prenons en charge le retour de l'Assuré à son domicile. Si les délais le permettent et que la présence de l'Assuré est nécessaire à la poursuite du voyage, nous organisons et prenons en charge le retour de l'Assuré jusqu'au lieu où il peut retrouver les participants au voyage.

• Rapatriement ou transport des autres assurés :

Si, à la suite du rapatriement de l'Assuré, les accompagnants assurés par le même contrat souhaitent être rapatriés, nous organisons et prenons en charge leur retour dans la limite de **4 personnes maximum**.

• Frais médicaux :

IMPORTANT : Les voyageurs à destination d'un pays de l'Espace économique européen ou de la Suisse doivent se munir de la carte européenne d'Assurance Maladie.

Nous remboursons l'Assuré, après intervention de la Sécurité Sociale et de tout autre organisme de prévoyance, les frais médicaux, pharmaceutiques, chirurgicaux et/ou d'hospitalisation prescrits par un médecin, engagés hors du pays de résidence de l'Assuré dans la limite des montants indiqués au tableau des garanties.

Dans tous les cas, nous indemniserons l'Assuré sous déduction d'une franchise dont le montant est spécifié au tableau des garanties.

• Avance sur frais d'hospitalisation à l'étranger :

Si l'Assuré est hors de son pays de résidence, dans l'impossibilité de régler ses frais médicaux consécutifs à une hospitalisation due à une maladie ou à un accident survenu pendant la période de garantie, nous pouvons à la demande de l'Assuré lui en faire l'avance aux conditions cumulatives suivantes :

- Nos médecins doivent juger, après recueil des informations auprès du médecin local, qu'il est impossible de rapatrier dans l'immédiat l'Assuré dans son pays de résidence,
- les soins auxquels l'avance s'applique doivent être prescrits en accord avec nos médecins,

- l'Assuré ou toute personne autorisée par lui doit s'engager formellement par la signature d'un document spécifique, fourni par nos soins lors de la mise en œuvre de la présente prestation :

✓ **à engager les démarches de prise en charge des frais auprès des organismes d'assurance (sécurité sociale, mutuelle) dans le délai de 15 jours à compter de la date d'envoi des éléments nécessaires à ces démarches,**

✓ **à nous rembourser les sommes perçues à ce titre de la part des organismes d'assurance dans la semaine qui suit la réception de ces sommes.**

Resteront uniquement à notre charge, et dans la limite du montant de prise en charge prévu pour la prestation frais médicaux, les frais non pris en charge par les organismes d'assurance. L'Assuré nous devra communiquer l'attestation de non prise en charge émanant de ces organismes d'assurance, dans la semaine qui suit sa réception.

A défaut d'avoir effectué les démarches de prise en charge auprès des organismes d'assurance dans les délais, ou à défaut de nous présenter dans les délais l'attestation de non prise en charge émanant de ces organismes d'assurance, l'Assuré ne pourra en aucun cas se prévaloir de la prestation « frais médicaux » et devra rembourser l'intégralité des frais d'hospitalisation avancés par nos soins. Nous engagerons, le cas échéant, toute procédure de recouvrement utile, dont le coût sera supporté par l'Assuré.

Cette garantie cesse à dater du jour où nous sommes en mesure d'effectuer le rapatriement de l'Assuré, ou le jour du retour de l'Assuré dans son pays d'origine.

Dans tous les cas, nous indemniserons l'Assuré sous déduction d'une franchise dont le montant est spécifié au tableau des garanties.

ARTICLE 4 – SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE.

En cas de nécessité, de décès de l'Assuré, d'hospitalisation, nous mettons à votre disposition, **24 heures sur 24, 7 jours sur 7 et 365 jours par an, un service Ecoute et Accueil Psychologique Vous permettant de contacter par téléphone des psychologues cliniciens au 04 37 28 83 49 (De l'étranger : tél : 00 33 4 37 28 83 49).**

Le ou les entretien(s) téléphonique(s), sont mené(s) par des professionnels qui garderont une écoute neutre et attentive. Ces entretiens, vous permettront de vous confier et de clarifier la situation à laquelle vous êtes confronté suite à cet événement.

Les psychologues interviennent dans le strict respect du code de déontologie applicable à la profession de psychologue, et ne s'autoriseront en aucun cas à débiter une psychothérapie par téléphone.

Nous assurons l'organisation et la prise en charge de 3 entretiens téléphoniques.

En fonction de votre situation et de votre attente, un rendez-vous pourra être aménagé afin de rencontrer près de chez vous, un psychologue diplômé d'état choisi par vous parmi 3 noms de praticiens que nous vous aurons communiqués.

Nous assurerons l'organisation de ce rendez-vous après vous avoir proposé le choix entre plusieurs praticiens proches de votre domicile. Le choix du praticien appartient à vous seul et les frais de cette consultation sont à votre charge.

ASSISTANCE A DOMICILE EN CAS D'HOSPITALISATION OU D'IMMOBILISATION

ARTICLE 5 – INFORMATION CONSEIL VIE QUOTIDIENNE.

Sur simple appel téléphonique, de 8 heures à 20 heures, sauf dimanches et jours fériés au 0 825 827 600, nous recherchons les informations et renseignements à caractère documentaire et juridique destinés à orienter les démarches de l'Assuré dans les domaines suivants :

- Famille, mariage, divorce, succession,
- Habitation, logement,
- Justice,
- Travail,
- Impôts, fiscalité,
- Assurances sociales, Allocations, retraites,
- Consommation, vie privée,
- Formalités, cartes,
- La législation routière (les contraventions, les procès-verbaux...),
- Le permis à points (les points, les stages, les sanctions...),
- Enseignement, formation,
- Voyages, loisirs,
- Assurances, responsabilité civile,
- Services publics, exclusivement d'ordre privé.

Dans tous les cas, ces informations constituent des renseignements à caractère documentaire **visés par l'article 66.1 de la loi modifiée du 31 décembre 1971.**

Il ne peut en aucun cas s'agir de consultations juridiques. Selon les demandes, nous pourrions orienter l'Assuré vers les organismes professionnels susceptibles de répondre. Nous nous engageons à respecter une totale confidentialité des conversations tenues lors de ces prestations d'assistance téléphoniques.

Nous nous efforçons de répondre immédiatement à tout appel mais pouvons être conduit pour certaines demandes à procéder à des recherches entraînant un délai de réponse. Nous serons alors amenés à recontacter l'Assuré dans les meilleurs délais, après avoir effectué les recherches nécessaires.

Nous ne pouvons être tenus pour responsables de l'interprétation, ni de l'utilisation faite par l'Assuré des informations communiquées.

ASSISTANCE A DOMICILE ET/OU EN CAS D'HOSPITALISATION

ARTICLE 6 – AIDE MENAGERE.

En cas de décès, d'hospitalisation de plus de 3 jours, ou d'immobilisation au domicile de plus de 7 jours de l'Assuré, nous organisons la mise à disposition d'une aide-ménagère pour effectuer les travaux ménagers à votre domicile.

Nous prenons en charge le coût de l'aide-ménagère à concurrence de 10 heures de travail, réparties pendant votre immobilisation ou durant le mois qui suit la date de début de celle-ci.

A défaut de la présentation des justificatifs (bulletin médical d'hospitalisation ou d'immobilisation à domicile) nous nous réservons le droit de vous refacturer l'intégralité de la prestation.

L'aide-ménagère qui interviendra sera celle qui pourra être désigné par l'Assuré au préalable auprès de POP SANTE ou une personne mandatée à cet effet auprès d'un prestataire référencé.

Hospitalisation - Immobilisation à domicile de longue durée

En cas d'hospitalisation de plus de 30 jours ou d'immobilisation à domicile de plus de 30 jours de l'Assuré, nous prenons en charge le coût de l'aide-ménagère décrit au paragraphe ci-avant à concurrence de 10 heures de travail supplémentaires. La durée totale d'aide-ménagère cumulée ne pourra excéder 30 heures.

ARTICLE 7 – AIDE FAMILIALE.

En cas d'Hospitalisation de l'Assuré de plus de 3 jours minimum, d'immobilisation au domicile de plus de 7 jours de l'Assuré, nous prenons en charge la présence d'une aide familiale pendant 10 heures maximum pour assurer la garde des enfants et les travaux ménagers.

La personne que nous enverrons au domicile de l'Assuré prendra et quittera ses fonctions en présence des parents.

Le service est accessible du lundi au vendredi entre 8 heures et 19 heures, à raison de 4 heures par jour minimum et de 10 heures maximum.

Cette prestation ne peut pas se cumuler avec la prestation « aide-ménagère » décrite au 1er paragraphe de la présente section.

MISE EN RELATION AVEC DES SERVICES DE GARDE DE PERSONNES EN CAS:

- d'immobilisation à domicile pour raison médicale d'un enfant de moins de 16 ans,
- d'hospitalisation imprévue de l'Assuré
et si l'Assuré se trouve dans l'impossibilité de s'occuper de vos enfants de moins de 16 ans ou des personnes à sa charge habitant sous le même toit, nous organisons la mise en relation avec un prestataire de services à la personne :

- Garde d'enfant,
- Garde malade, bénéficiant d'un agrément susceptible de vous faire bénéficier d'avantages fiscaux.

Pour ce faire, nous rechercherons les coordonnées de plusieurs prestataires proches du domicile ou et les communiquerons à l'Assuré.

Le choix du prestataire appartient à l'Assuré.

L'Assuré devra justifier sa demande par un certificat médical indiquant (pour les enfants malades) que la présence d'une personne est nécessaire auprès de l'enfant. Dans tous les cas, nous nous réservons le droit d'effectuer le contact médical préalable au missionnement de l'intervenant et de réclamer à l'Assuré le certificat médical (ou une photocopie).

Le coût de la prestation restera à la charge de l'Assuré.

Le prestataire sélectionné et avec lequel l'Assuré contractera, est seul responsable de l'exécution de la prestation et de la remise du reçu fiscal.

ARTICLE 8 – ACCOMPAGNEMENT DES ASCENDANTS OU PERSONNES DEPENDANTES A CHARGE:

En cas de décès, d'Hospitalisation de plus de 3 jours, d'immobilisation au domicile de plus de 7 jours, de l'Assuré, et lorsque l'Assuré se trouve dans l'impossibilité de s'occuper de ses ascendants ou personnes dépendantes, nous organisons et prenons en charge le voyage aller/retour en train 1ère classe ou avion en classe économique, depuis son domicile en France, d'une personne désignée par L'Assuré, ou d'une de nos hôtesses, pour venir chercher, au domicile de l'Assuré, ses ascendants ou personnes dépendantes lorsqu'ils sont à sa charge et les conduire chez un proche en France.

Nous prenons en charge le coût du voyage aller/retour des ascendants ou personnes dépendantes) ainsi que celui d'un accompagnant à concurrence de 100 € TTC.

ARTICLE 9 – TRANSPORT ET GARDE D'ANIMAUX.

En cas de décès, d'hospitalisation ou d'immobilisation au domicile, et si l'Assuré n'est plus en mesure de s'occuper de ses animaux de compagnie, nous organisons le transport des animaux (chien ou chat) :

- jusqu'à un établissement de garde approprié proche du domicile de l'Assuré,
- ou jusqu'à la destination (au choix de l'Assuré) située en France et à moins de 50 km du lieu d'hospitalisation de l'Assuré,
- ou jusqu'au domicile d'un proche résidant en France.

Nous prenons en charge le transport des animaux de l'Assuré ainsi que leurs frais d'hébergement dans l'établissement de garde pendant la durée du séjour à l'hôpital de l'Assuré ou pendant l'immobilisation au domicile, dans la limite de 10 jours.

Cette limite de durée s'applique également en cas de décès.

Cette prestation est soumise au respect des conditions de transport définies par les prestataires que nous sollicitons (vaccinations à jour...) et dans tous les cas elle sera rendue sous réserve que l'Assuré nous communique les éléments et documents demandés, notamment par le service des douanes ou les compagnies aériennes.

Pour le transport aérien de votre animal, l'Assuré doit être muni d'une cage prévue à cet effet.

Cette prestation ne peut être exécutée que si l'Assuré, ou une personne autorisée par l'Assuré, peut accueillir le prestataire choisi afin de lui confier les animaux.

ARTICLE 10 – ENVOI D'UN MEDECIN.

En cas d'immobilisation au domicile et hors cas d'urgence, si l'Assuré a besoin d'une consultation médicale et que son médecin traitant n'est pas disponible, nous proposons à l'Assuré les coordonnées de plusieurs praticiens proches de son domicile. Le choix du praticien et la décision finale appartiennent à l'Assuré.

Les frais de consultations et de déplacements sont à la charge de l'Assuré.

En cas d'urgence médicale, l'Assuré doit impérativement appeler les secours locaux d'urgence.

ARTICLE 11 – ENVOI D'UN(E) INFIRMIER/IERE.

En cas d'immobilisation au domicile et hors cas d'urgence, si des soins médicaux ont été prescrits à l'Assuré par un médecin, nous pouvons venir en aide à l'Assuré **24 heures sur 24, 7 jours sur 7, sur simple appel téléphonique au 04 37 28 83 49 (De l'étranger : tél : 00 33 4 37 28 83 49).**

Nous recherchons et communiquons à l'Assuré les coordonnées d'un (d'une) ou de plusieurs infirmier/ière(s) proche du domicile de l'Assuré, afin qu'il/elle se rende auprès de l'Assuré. Le choix du praticien appartient à l'Assuré, et ses honoraires ainsi que ses frais de déplacement sont à la charge de l'Assuré.

ARTICLE 12 – MISE A DISPOSITION D'UN VEHICULE MEDICAL

En cas d'immobilisation, d'Hospitalisation, et hors cas d'urgence, Nous recherchons une ambulance ou un véhicule sanitaire léger pour Vous conduire au centre de soins ou d'exams de votre choix.

La course jusqu'au centre de soins ou d'exams reste à votre charge.

En cas d'urgence, Vous devez appeler les services de secours compétents (Samu, Pompiers,...) auxquels Nous ne pouvons pas nous substituer.

ARTICLE 13 – LIVRAISON DE MEDICAMENTS A DOMICILE.

En cas d'immobilisation au domicile de plus de 2 jours.

Lorsqu'un médecin vient de prescrire à l'Assuré en urgence, par ordonnance, des médicaments, si personne de l'entourage de l'Assuré ne peut se déplacer et si les médicaments sont immédiatement nécessaires, nous allons les chercher dans une officine de pharmacie proche du domicile (ou pharmacie de garde) de l'Assuré et nous les apportons à l'Assuré.

Nous prenons en charge le prix de la course. Le prix des médicaments reste à la charge de l'Assuré. Les médicaments doivent avoir été prescrits au maximum 24 heures avant la demande d'assistance.

ARTICLE 14 - LIMITATION DE NOTRE ENGAGEMENT.

Les interventions que nous sommes amenés à réaliser se font dans le respect intégral des lois et règlements nationaux et internationaux. Elles sont donc liées à l'obtention des autorisations nécessaires par les autorités compétentes.

- Si l'Assuré refuse de suivre les décisions prises par notre service médical, il nous décharge de toute responsabilité par rapport aux conséquences d'une telle initiative et l'Assuré perd tout droit à prestations ou indemnisation.
- Nous ne pouvons en aucun cas nous substituer aux organismes locaux de secours d'urgence ni prendre en charge les frais ainsi engagés.
- Nous ne pouvons être tenus responsables des retards ou empêchements dans l'exécution des services convenus en cas de grèves, émeutes, mouvements populaires, restriction à la libre circulation, sabotage, terrorisme, guerre civile ou étrangère, effet de radiation ou tout autre cas fortuit ou de force majeure.
- Les prestations non demandées en cours de voyage ou non organisées par nos soins ne donnent droit à aucune indemnité compensatoire.
- Nous décidons de la nature de la billetterie mise à la disposition de l'Assuré en fonction d'une part des possibilités offertes par les transporteurs, d'autre part de la durée du trajet.
- Si l'Assuré est domicilié dans un pays autre que l'un des pays membres de l'Union Européenne, les DOM-ROM, COM et collectivités sui generis habitées, Monaco, en Suisse, nous pourrions sur demande de l'Assuré, le rapatrier à son domicile ou dans le Centre Médical le plus proche, le mieux équipé ou le plus spécialisé. Dans ce cas l'Assuré s'engage à nous régler le coût excédentaire de son rapatriement par rapport à un rapatriement effectué dans les mêmes conditions en France Métropolitaine.
- Pour l'assistance rapatriement, la garantie prend effet le jour du départ et expire le jour du retour pour la durée indiquée sur le bulletin d'inscription au voyage sans pouvoir excéder 90 jours.

Notre engagement maximum en cas de sinistre est fixé au tableau des garanties.

ARTICLE 15 - EXCLUSIONS DE GARANTIE.

Outre les exclusions prévues aux Conditions Générales, notre garantie ne peut être engagée dans les cas suivants :

- **Pneumopathie atypique ou syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS), la grippe aviaire ou la grippe A-H1N1 ainsi que toute pandémie ou épidémie reconnue par les organisations sanitaires nationales ou internationales ;**
- **Lorsque les dommages ou les accidents résultent de l'utilisation d'un engin terrestre motorisé à deux roues, d'un jet ski ou d'un scooter des**

neiges ;

- **Les dommages ayant eu pour cause l'intensité anormale d'un agent naturel ;**
- **Les dommages constitutifs d'atteinte à l'environnement subis par les éléments naturels tels que l'air, l'eau, le sol, la faune, la flore, dont l'usage est commun à tous, ainsi que les préjudices d'ordre esthétique ou d'agrément qui s'y rattachent ;**
- **Pollution, catastrophes naturelles ;**
- **Les convalescences, affections et pathologies préexistantes ou en cours de traitement ;**
- **Les conséquences d'accidents corporels graves survenus avant la date d'entrée en garantie de l'Assuré ;**
- **Les maladies psychiques, mentales ou dépressives ;**
- **Les affections ou lésions bénignes qui peuvent être traitées sur place et n'empêchent pas la poursuite du séjour ou du voyage ;**
- **Les frais de cure thermique, d'amaigrissement, de rajeunissement et de toute cure de confort ou de traitement esthétique, les frais de kinésithérapeute, vaccination, prothèses, appareillages, lunettes ou verres de contact, d'implant ;**
- **Etats de grossesse à partir de la 32ème semaine ;**
- **Les voyages entrepris dans le but de diagnostic et/ou de traitement ;**
- **Les frais engagés après le retour du voyage ou l'expiration de la garantie ;**
- **Les frais engagés sans notre accord**
- **Les frais téléphoniques autres que ceux qui nous sont adressés**
- **Frais de taxi engagés sans notre accord**
- **Suites de grossesses : accouchement, césarienne, soins au nouveau-né, IVG ;**
- **Les maladies ou blessures préexistantes diagnostiquées et/ou traitées ayant fait l'objet d'une hospitalisation dans les 6 mois précédant le voyage ;**
- **Les frais résultant de soins ou de traitements ne résultant pas d'une urgence médicale ;**
- **Les frais résultant de soins ou de traitements dont le caractère thérapeutique n'est pas reconnu par la législation française.**
- **Les recherches et secours de personne, notamment en montagne, en mer ou dans le désert, et les frais s'y rapportant.**
- **Les bilans de santé concernant un dépistage à titre de prévention, les traitements ou analyses réguliers, et les frais s'y afférant.**
- **Les rééducations, kinésithérapies, chiropraxies, les frais en découlant et leurs conséquences.**
- **Les visites de contrôle et les frais s'y rapportant ainsi que leurs conséquences.**
- **Les frais médicaux engagés hors de votre pays de domicile.**
- **Les demandes relatives à la procréation ou à la gestation pour le compte d'autrui et ses conséquences.**
- **Les frais non justifiés par des documents originaux**
- **Les demandes d'assistance se rapportant à la procréation médicalement assistée ou à l'interruption volontaire de grossesse**
- **Les incidents liés à un état de grossesse dont le risque était connu avant le départ et leurs conséquences (accouchement compris), et dans tous les cas, les incidents dus à un état de grosses à partir de la 36ème semaine d'aménorrhée et leurs conséquences (accouchement compris).**
- **Les frais d'optique (lunettes et verres de contact par exemple).**
- **Les séjours dans une maison de repos et les frais en découlant**

ARTICLE 16 OBLIGATIONS EN CAS DE SINISTRE.

Pour demander une Assistance Rapatriement en cours de déplacement :

Lors de l'incident, pour bénéficier des garanties définies ci-avant, il est impératif de contacter préalablement à toute intervention **notre Centrale d'Assistance**. Un numéro de dossier sera délivré qui, seul, justifiera une prise en charge des interventions. **Notre Centrale d'assistance est à l'écoute 24 heures sur 24 :**

Le contact de notre plateau d'assistance est spécifié au tableau des garanties.

L'Assuré doit préciser le numéro de son contrat, la nature de l'assistance demandée et l'adresse et le numéro de téléphone où il peut être joint. L'Assuré doit également permettre aux médecins habilités par notre Centrale D'assistance l'accès à toutes les informations médicales concernant la personne en cause.

Pour demander un remboursement de frais pris en charge au titre d'un dossier assistance médicale, l'Assuré est tenu :

- De nous aviser impérativement **dans les cinq jours ouvrés. Passé ce délai, l'Assuré sera déchu de tout droit à indemnité si son retard nous a causé un préjudice.**
 - De joindre à sa déclaration :
 - son certificat d'assurance et son numéro de dossier attribué par la Centrale d'Assistance,
 - le certificat médical détaillé indiquant la nature exacte et la date de survenance de la maladie ou de la blessure.
- Sans la communication à notre médecin conseil des renseignements médicaux nécessaires à l'instruction, le dossier ne pourra être réglé.
- le certificat de décès,
 - les décomptes de Sécurité Sociale et de tout autre organisme de prévoyance

accompagnés des photocopies des notes de frais médicaux,
- toute pièce nécessaire à l'instruction du dossier sur simple demande de notre part

Lorsque nous avons pris en charge le transport de l'Assuré, celui-ci doit lui restituer son billet de retour initialement prévu et non utilisé.

CONDITIONS GENERALES

DEFINITIONS ET CHAMP D'APPLICATION

Accident corporel grave : toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de la victime, provenant de l'action soudaine d'une cause extérieure constatée par un docteur en médecine, et impliquant la cessation de toute activité professionnelle ou autre et lui interdisant tout déplacement par ses propres moyens.

Attentat : tout acte de violence, constituant une attaque criminelle ou illégale, intervenu contre des personnes et/ou des biens, dans le pays dans lequel vous séjournez, ayant pour but de troubler gravement l'ordre public par l'intimidation et la terreur, et faisant l'objet d'une médiatisation. Cet "attentat" devra être recensé par le Ministère des Affaires Etrangères français.

Ayant droit : personne bénéficiant de prestations versées, non à titre personnel, mais du fait de ses liens avec l'Assuré. Sauf stipulation contraire lors de la souscription du présent contrat, sont visés exclusivement le conjoint, à défaut les enfants, à défaut les héritiers de l'Assuré.

Assuré : A la qualité d'Assuré, le souscripteur du contrat d'assurance santé souscrit auprès de POP SANTE, ainsi que les personnes suivantes :

- son conjoint, son pacsé ou concubin notoire, vivant sous le même toit,
 - leur(s) enfant(s) célibataire(s) âgé(s) de moins de 25 ans à charge au sens fiscal, et vivant sous le même toit, les enfants handicapés âgés de plus de 25 ans,
 - les enfants adoptés, répondant aux conditions susvisées, à compter de la date de transcription du jugement d'adoption sur les registres de l'état civil français, au cours des 12 mois de validité du contrat et cela jusqu'à la prochaine échéance du contrat en cours,
 - le cas échéant : leur(s) enfant(s) qui viendrait(en)t à naître au cours des 12 mois de validité du contrat et cela jusqu'à la prochaine échéance du contrat en cours.
- Toutefois les personnes désignées comme Assurées ci-dessous conservent cette qualité au titre de l'assistance médicale en cas de déplacement que si elles voyagent avec le Souscripteur Assuré (chef de famille au contrat santé)

Blessure : Toute lésion corporelle médicalement constatée atteignant l'Assuré, provenant de l'action violente, soudaine et imprévisible d'une cause extérieure.

Catastrophe naturelle : phénomène, tel qu'un tremblement de terre, une éruption volcanique, un raz de marée, une inondation ou un cataclysme naturel, ayant eu pour cause l'intensité anormale d'un agent naturel, et reconnu comme tel par les pouvoirs publics.

Nous : MAPFRE ASISTENCIA Compania Internacional de Seguros y Reaseguros, société anonyme d'assurance de droit espagnol, au capital de 108.175.523,12 euros, dont le siège social est sis Carretera de Pozuelo nº52 Majadahonda Madrid 28222, Espagne, soumise dans le cadre de son activité, au contrôle des autorités espagnoles Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, Paseo de la Castellana, 44. 28046 Madrid, agissant pour les besoins de la présente convention par l'intermédiaire de sa succursale française dont le siège social est sis LE QUATUOR Bâtiment 4D - 16 avenue Tony GARNIER ZAC GERLAND 69007 GERLAND, France, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Lyon sous le numéro 413 423 682, et par l'intermédiaire de son établissement secondaire, sis 31-33 rue de la Baume 75008 PARIS, SIRET 413 423 682 00066, Entreprise régie par le Code des Assurances.

Domicile : Par Domicile, il faut entendre le lieu de résidence principale et habituelle du Assuré en France. Son adresse figure sur son dernier avis d'imposition sur le revenu.

DOM-ROM, COM et collectivités sui generis habités : Guadeloupe, Martinique, Guyane Française, Réunion, Polynésie française, Saint Pierre et Miquelon, Wallis et Futuna, Mayotte, Saint Martin, Saint Barthelemy, Nouvelle Calédonie.

Durée des garanties : les garanties sont acquises à l'Assuré selon le champ d'application des garanties défini aux Conditions Particulières du contrat.

Étendue géographique : les garanties sont applicables dans le monde entier.

Etranger : Par « Etranger », on entend les pays du monde entier, à l'exception de la France.

Événement : tout fait générateur de conséquences dommageables, susceptible d'entraîner la mise en œuvre d'une ou plusieurs garanties du contrat.

Frais funéraires : frais de première conservation, de manutention, de mise en bière, d'aménagement spécifique au transport, de soins de conservation rendus obligatoires par la législation, de conditionnement et de cercueil de modèle simple, nécessaires au transport et conformes à la législation locale, à l'exclusion des frais d'inhumation et de cérémonie.

Frais de recherche : frais des opérations effectuées par les sauveteurs et organismes de secours, autres que les personnes avec lesquelles l'Assuré voyage, se déplaçant spécialement dans l'objet de rechercher l'Assuré en un lieu dépourvu de tous moyens de secours organisés ou rapprochés.

Frais de secours/sauvetage : frais de transport après accident (une fois que l'Assuré est localisé) depuis le point où survient l'accident jusqu'à l'hôpital le plus proche.

France : Par France, il faut entendre la France métropolitaine, Principauté de Monaco et les C.O.M.

Franchise : montant qui reste à la charge de l'Assuré en cas de sinistre.

Grève : Action collective consistant en une cessation concertée du travail par les salariés d'une entreprise, d'un secteur économique, d'une catégorie professionnelle visant à appuyer les revendications

Hospitalisation : Toute admission justifiée par un bulletin d'hospitalisation dans un centre hospitalier (hôpital ou clinique), prescrite par un médecin, consécutive à une Malade grave ou à une Blessure, et comportant au moins une nuit sur place.

Immobilisation : Incapacité (totale ou partielle) physique à se déplacer constatée par un médecin, faisant suite à une Maladie ou à un Accident, et nécessitant le repos au Domicile. Elle devra être justifiée par un certificat médical ou selon l'Assuré concerné, par un arrêt de travail circonstancié.

Membres de la famille : conjoint de droit ou de fait, les ascendants ou descendants jusqu'au 2ème degré, beaux-pères, belles-mères, sœurs, frères, beaux-frères, belles-sœurs, gendres, belles-filles.

Maladie grave : toute altération de santé constatée par un docteur en médecine, impliquant la cessation de toute activité professionnelle ou autre et nécessitant des soins appropriés.

Souscripteur : l'organisme ou la personne morale ou physique, domicilié en France ou dans les DOM ROM, COM et collectivités sui generis telles que définies aux articles 72-3,73, 74,76 et 77 de la Constitution et désigné aux Conditions Particulières, qui a souscrit et signé ce contrat et s'est engagé au paiement des cotisations.

Territorialité : monde entier (sauf mention contraire aux conditions particulières).

Tiers : toute personne physique ou morale à l'exclusion du Souscripteur, de la personne Assurée, des membres de sa famille, des personnes l'accompagnant et de ses préposés.

EXCLUSIONS GENERALES

- **Nos garanties ne peuvent être engagées dans les cas suivants :**
- **Consommation de drogues, de toute substance stupéfiante mentionnée au Code de la Santé Publique, de médicaments et traitements non prescrits par un médecin ;**
- **Les conséquences d'accidents de la circulation provoqués par l'Assuré lorsque celui-ci est sous l'emprise d'un état alcoolique caractérisé par la présence dans le sang d'un taux d'alcoolémie supérieur au taux maximum autorisé par la réglementation en vigueur dans le pays où l'accident s'est produit ;**
- **Les conséquences des états alcooliques, actes intentionnels, fautes dolosives ;**
- **L'inobservation consciente par l'Assuré des lois et règlements en vigueur de l'Etat du lieu de séjour ;**
- **Suicide ou tentative de suicide de l'Assuré, automutilation ;**
- **Participation à des paris, crimes, rixes (sauf en cas de légitime défense) ;**
- **Dommages intentionnellement causés par l'Assuré, sur son ordre ou avec sa complicité ou son concours ;**
- **Manipulation ou détention d'engins de guerre, d'armes y compris celles utilisées pour la chasse ;**
- **Tous les cas de force majeure rendant impossible l'exécution du contrat, notamment les interdictions décidées par les autorités locales ;**
- **Guerre civile ou étrangère, mouvements populaires, grèves, ou sabotage ;**
- **Accident résultant de tout combustible nucléaire, produit ou déchet radioactif, de tout engin destiné à irradier ou à exploser par modification du noyau de l'atome, ainsi que de leur décontamination, que ce soit dans le pays de départ, de transfert et de destination ;**
- **Des situations à risque infectieux faisant l'objet d'une mise en**

quarantaine ou de mesures préventives ou de surveillance spécifique de la part des autorités sanitaires locales et/ou nationales du pays d'origine ;

- Un tremblement de terre, une éruption volcanique, un raz de marée, une inondation ou un cataclysme naturel sauf dans le cadre des dispositions résultant de la Loi N° 86-600 du 13 juillet 1986 relative à l'indemnisation des victimes de Catastrophes Naturelles ;
- Les dommages constitutifs d'atteinte à l'environnement subis par les éléments naturels tels que l'air, l'eau, le sol, la faune, la flore, dont l'usage est commun à tous, ainsi que les préjudices d'ordre esthétique ou d'agrément qui s'y rattachent ;
- Accidents résultant de la pratique de sports par l'Assuré dans le cadre d'une compétition officielle organisée par une fédération sportive et pour laquelle une licence est délivrée et l'entraînement en vue des compétitions ;
- Bobsleigh, chasse aux animaux dangereux, sports aériens, skeleton, spéléologie, la navigation en solitaire et/ou à plus de 60 miles des côtes ;
- Problème politique induisant un risque pour la sécurité personnelle
- La conduite de tout véhicule si l'Assuré ne possède pas le permis, la licence ou le certificat correspondant.

DISPOSITIONS COMPLEMENTAIRES

DECLARATION DES AUTRES ASSURANCES

En application de l'Article L 121-4 du Code des assurances, le Souscripteur s'oblige, à nous informer des garanties dont il bénéficie ou dont bénéficie l'Assuré pour le même risque auprès d'autres assureurs. Quand plusieurs assurances sont contractées sans fraude, ni dol, chacune d'elles produit ses effets dans les limites contractuelles de garantie.

Dans le cas où l'Assuré justifie d'une garantie antérieure pour l'un des risques couvert la présente police d'assurance, il a la possibilité, conformément à l'article L 112-10 du Code des assurances, de renoncer à la présente police dans les 14 jours calendaires suivant la conclusion de celle-ci. L'Assuré sera dès lors remboursé des primes qu'il nous a versées, sans frais ni pénalités, sauf en cas de sinistre intervenant antérieurement à l'exercice du droit de renonciation. Avant la conclusion la présente police d'assurance, nous avons remis à l'Assuré un document l'invitant à vérifier s'il n'est pas déjà Assuré d'une garantie couvrant l'un des risques couverts par la présente police et l'informant de la faculté de renonciation.

SANCTIONS EN CAS DE FAUSSE DECLARATION INTENTIONNELLE DEVOTRE PART AU MOMENT DU SINISTRE

Toute fraude, réticence, ou fausse déclaration intentionnelle de votre part sur les circonstances ou les conséquences d'un sinistre entraîne la perte de tout droit à prestation ou indemnité pour ce sinistre. Cette déchéance est encourue par vous quand bien même nous n'aurions subi strictement aucun préjudice du fait de la fraude.

PAIEMENT DES COTISATIONS

La prime, comprenant les impôts, droits et taxes en vigueur sur cette catégorie de contrat, est payable comptant par le Souscripteur avant le début du risque.

A défaut de paiement avant le début du risque, le contrat sera considéré comme nul et non avenu et ne donnera lieu à aucune indemnisation.

EXPERTISE

Les dommages aux biens garantis sont évalués de gré à gré ou, à défaut, par une expertise amiable, sous réserve des droits respectifs des parties. Chacune des parties choisit un expert; si les experts ainsi désignés ne sont pas d'accord, ils s'adjoignent un troisième expert; les trois experts opèrent en commun à la majorité des voix.

Faute par l'une des parties de nommer son expert, ou par les deux experts de s'entendre sur le choix du troisième, la désignation est effectuée par l'autorité judiciaire compétente. Cette nomination est faite sur simple requête signée des deux parties, ou d'une seulement, l'autre partie ayant été convoquée par lettre recommandée.

Chaque partie paie les frais et honoraires de son expert ; les honoraires du tiers expert et les frais de sa nomination s'il y a lieu, sont supportés moitié par nous, moitié par l'Assuré.

RECOURS CONTRE LES TIERS RESPONSABLES

La Compagnie qui a payé l'indemnité d'assurance est subrogée, dans les termes de l'article L.121.12 du Code des Assurances, jusqu'à concurrence de cette indemnité dans les droits et actions de l'Assuré contre les tiers qui, par leur fait, ont causé le dommage.

Toutefois, cette subrogation ne s'applique pas aux indemnités forfaitaires garanties en cas de décès ou d'incapacité permanente de l'Assuré.

MEDIATION

En cas de réclamation, l'Assuré peut contacter le service client, par mail, ou par courrier. Si la réponse ne le satisfait pas, nous le prions d'adresser sa demande à notre service réclamation :

- par mail : sinistres@mapfre.com

- ou par courrier :

Service réclamations : MAPFRE ASISTENCIA

31-33, rue de la Baume 75008 PARIS

92024 Nanterre cedex

Nos services en accuseront réception dans un délai maximum de dix jours ouvrables et apporterons une réponse à l'Assuré dans un délai maximum de deux mois.

A défaut de résolution amiable, si le différend persiste, sans préjudice d'intenter une action en justice, l'Assuré pourra faire appel à un médiateur dont les coordonnées seront communiquées sur simple demande écrite au service Réclamations.

PRESCRIPTION

Toute action dérivant du présent contrat est prescrite dans un délai de deux ans à compter de l'événement qui lui donne naissance, dans les conditions prévues aux articles L.114.1 et L.114.2 du Code des Assurances. Toutefois cette prescription est portée à dix ans, dans les contrats d'assurances contre les accidents atteignant les personnes, lorsque les Assurés sont les ayants-droit de l'Assuré décédé. (Article L.114.1 du Code des Assurances).

LOI INFORMATIQUE ET LIBERTES

Conformément à la Loi Informatique et Libertés n°78-17 du 06 janvier 1978, l'Assuré, en s'adressant à notre siège, dispose d'un droit d'accès et de rectification de toute information le concernant qui figurerait dans nos fichiers.

ORGANISME DE CONTROLE

Nous sommes soumis au contrôle du Ministère espagnol de l'Economie et du Trésor, Direction Générale des Assurances et Fonds de Pension (Dirección General de Seguros y Fondo de Pensiones) Paseo de la Castellana, 44. 28046 Madrid Espagne.

SOUTIEN FINANCIER

(Garantie pour les moins de 60 ans - âge à la souscription du contrat)

Notice d'information du contrat n° 8.425.301 visant à l'exonération du paiement des cotisations du contrat d'assurance santé

La présente notice regroupe les principales dispositions du contrat collectif n° 8.425.301 souscrit par AVANTAGES au profit des Assurés souscripteurs d'un contrat d'assurance santé et dont l'Assuré souscripteur peut demander, à tout moment et sans frais, la communication intégrale.

Assureur : Contrat souscrit auprès de **COVEA FLEET** - 160 Rue Henri Champion - 72035 LE MANS Cedex I. Société Anonyme au capital de 93.714.549 euros - RCS LE MANS B342 815 339 - Entreprise régie par le Code des Assurances. Soumise à l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution Secteur Assurance) - 61 Rue Taibout - 75009 PARIS. Toutes actions dérivant de cette garantie sont prescrites par DEUX ANS à compter de l'événement qui y donne naissance, dans les conditions prévues aux articles L114-1 et L114-2 du Code des Assurances. L'interruption de la prescription peut 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 ou par l'assuré à l'assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité. Elle peut également être interrompue par désignation de l'expert à la suite d'un sinistre ou par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription à savoir : la reconnaissance par COVEA FLEET de votre droit à bénéficier de la garantie contestée, un acte d'exécution forcée (exemples : commandement de payer, saisie), l'exercice d'une action en justice y compris en référé, devant une juridiction incompétente ou en cas d'annulation de l'acte de saisine pour vice de procédure. L'interruption dure alors jusqu'au terme de cette procédure, sauf carence des parties pendant 2 ans, désistement ou rejet définitif de la demande de celui qui agissait en justice. L'interruption fait courir un nouveau délai de 2 ans.

ARTICLE 1 - DICTIONNAIRE

1 - Définitions relatives aux personnes :

• Assuré

Toute personne physique, souscripteur d'un contrat d'assurance santé en cours de validité dont les Conditions Particulières font expressément référence à la présente garantie SOUTIEN FINANCIER, ainsi que le (la) conjoint(e) ayant le même domicile fiscal que l'Assuré.

2 - Définitions relatives aux garanties :

• Cessation d'activité suite à dépôt de bilan

Cessation de toute activité de l'entreprise suite à un dépôt de bilan constaté par un jugement du Tribunal de Commerce.

• Licenciement économique

Cessation de toute activité professionnelle, imposée par l'employeur suite à un licenciement économique, et confirmée par un courrier recommandé.

• Affections de longues durées (ALD-30)

Affections, dont la gravité et/ou le caractère chronique nécessitent un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse, inscrites sur la liste des 30 Affections de Longue Durée (ALD-30) établie par décret et définie par le Code de la Sécurité Sociale. L'Affection de Longue Durée ALD-30 doit être constatée par le médecin traitant et reconnue par le médecin conseil de la Caisse d'Assurance Maladie au cours de la période de garantie.

• Polypathologies ALD-32

Le terme « polypathologies » est employé en cas d'atteinte par plusieurs affections caractérisées, entraînant un état pathologique invalidant et nécessitant des soins continus d'une durée prévisible supérieure à 6 mois. L'état de polypathologies ALD-32 doit être constaté par le médecin traitant et reconnu par le médecin conseil de la Caisse d'Assurance Maladie au cours de la période de garantie.

• Délai de carence

Période de trois (3) mois, décomptée à partir de la date de réalisation de l'un des risques susvisés, pendant laquelle le versement de l'indemnité ne peut avoir lieu.

ARTICLE 2 - GARANTIES ACCORDEES

1 - Objet, montant et limite de la garantie :

Suite à la réalisation de l'un des risques suivants :

- Licenciement économique,
- Cessation d'activité suite à dépôt de bilan,
- Affections de longues durées (ALD-30) et poly pathologies,

nous prenons en charge 12 mois de cotisation, sur la base de la cotisation annuelle TTC fixée au dernier terme principal émis ou au dernier avenant validé à la date de réalisation du risque, **dans la limite de 1.200,00 €uros par sinistre et par année d'assurance.**

La cessation de l'activité professionnelle ou l'état pathologique ouvrant droit à garantie, doivent toujours être constatés à l'issue du délai de carence de trois mois précité.

2 - Effet et durée de la garantie :

• Prise d'effet de la garantie

La garantie est subordonnée à l'existence d'un contrat d'assurance santé dont les Conditions Particulières font expressément référence à la garantie SOUTIEN FINANCIER et en cours de validité au jour de l'événement. Elle est acquise à l'Assuré après réception du règlement de la cotisation.

• Durée de la garantie

La durée de la garantie est liée à la période de validité du contrat d'assurance santé. Elle cesse et est automatiquement résiliée à la même date et dans les mêmes conditions dès lors que le contrat d'assurance santé est résilié.

3 - Exclusions

AUCUNE GARANTIE NE POURRA ÊTRE DÉLIVRÉE À L'ASSURÉ :

• EN CAS DE SUSPENSION OU RESILIATION DU CONTRAT D'ASSURANCE SANTE,

- **EN CAS DE NON REGULARISATION DES COTISATIONS EMISES AU TITRE DU PRESENT CONTRAT,**
- **EN CAS DE NON JUSTIFICATION PAR L'EMPLOYEUR D'UN LICENCIEMENT ECONOMIQUE,**
- **EN CAS DE FAILLITE FRAUDULEUSE,**
- **EN CAS D'ABSENCE DE JUGEMENT DE DEPOT DE BILAN DE LA SOCIETE RENDU PAR LE TRIBUNAL DE COMMERCE,**
- **EN CAS DE NON-CLASSIFICATION EN AFFECTIONS DE LONGUE DUREE (ALD-30) OU POLYPATHOLOGIES (ALD-32) PAR LA CAISSE D'ASSURANCE MALADIE.**

ARTICLE 3 - SINISTRES

1 - L'Assuré doit fournir :

a) suite à un licenciement économique :

- une copie du courrier recommandé de l'employeur faisant état du licenciement économique,
- une copie de l'attestation Pôle Emploi de rupture du contrat de travail (émise par l'employeur),
- une copie de l'attestation d'inscription au Pôle Emploi en tant que demandeur d'emploi,
- un relevé de situation Pôle Emploi émis à l'issue du délai de carence de 3 mois.

b) suite à un dépôt de bilan de l'activité professionnelle :

- une copie du jugement du Tribunal de Commerce indiquant le dépôt de bilan avec cessation d'activité,
- une copie de l'attestation d'inscription au Pôle Emploi en tant que demandeur d'emploi,
- un relevé de situation Pôle Emploi émis à l'issue du délai de carence de 3 mois.

c) suite à une maladie déclarée en affections de longue durée ou polypathologies :

- une copie du protocole de soins établi par le médecin traitant et validé par le médecin conseil de la Caisse d'Assurance Maladie indiquant les dates de début de la maladie et de reconnaissance par le corps médical en Affections de Longue Durée (ALD-30) ou en polypathologies (ALD-32),
- une copie de l'attestation de droits à l'assurance maladie mentionnant la prise en charge à 100% pour affections de longue durée ou polypathologies.

2 - Toute demande de prise en charge de l'exonération du paiement des cotisations devra être accompagnée du dernier justificatif de cotisation annuelle (avis d'échéance terme ou avenant en cours de contrat) validé par l'Assureur du contrat d'assurance santé et émis avant la date du sinistre.

3 - - AVANTAGES effectuera le règlement par subrogation à l'assureur du contrat d'assurance santé qui s'engage à créditer le compte du contrat santé auquel la présente garantie se rattache. L'imputation de ce crédit commence à la date où la cotisation à échoir acquittée par l'Assuré au moment du sinistre cesse ses effets, soit au prochain terme en cas de fractionnements annuel, semestriel ou trimestriel, soit encore au prochain prélèvement à émettre en cas de fractionnement mensuel. Ce crédit ne peut par conséquent ni donner lieu à ristourne sur une cotisation déjà réglée, ni servir à compenser une cotisation impayée.

ARTICLE 4 - EXAMEN DES RECLAMATIONS

Votre conseiller en assurances est un professionnel qui peut vous aider ou vous assister. N'hésitez pas à le contacter. Notre service Réclamations client est également à votre disposition. Vos demandes sont à transmettre à : COVEA FLEET, Service Réclamations client, 160 Rue Henri Champion, 72035 LE MANS CEDEX I. Le Service Réclamations accusera réception de votre demande dans un délai de 10 jours et s'engage à vous répondre dans un délai de 2 mois. Si vous n'êtes pas satisfait de la réponse apportée par le Service Réclamations client, vous avez la possibilité de solliciter l'avis du Médiateur.

ARTICLE 5 - LOI INFORMATIQUE ET LIBERTES

L'Assuré a le droit de demander communication et rectification de toute information qui figurerait sur tout fichier à l'usage de la société AVANTAGES. Le droit d'accès et de rectification peut être exercé à l'adresse du siège de la société AVANTAGES. LOI 78.17 du 06/01/1978 modifiée..

IMPORTANT

SI L'ASSURE NE RESPECTE PAS LES DELAIS OU NE SE SOUMET PAS A CES OBLIGATIONS, IL POURRA ETRE DECHU DE TOUT DROIT A INDEMNITE POUR CE SINISTRE ET/OU LITIGE SI NOUS POUVONS APPORTER LA PREUVE QUE LE NON-RESPECT DE CETTE OBLIGATION NOUS A FAIT SUBIR UN PREJUDICE. TOUTE DECLARATION INEXACTE, TOUTE RETICENCE OU OMISSION VOLONTAIRE QUANT AUX FAITS AYANT DONNE NAISSANCE AU LITIGE ET/OU SINISTRE OU QUANT AUX ELEMENTS POUVANT SERVIR A SA SOLUTION ENTRAINE LA DECHEANCE DU DROIT A GARANTIE POUR LE LITIGE ET/OU LE SINISTRE CONSIDERE. DANS LE CAS OU IL S'AVERERAIT QUE NOUS AURIONS ETE AMENES A DECLANCHER NOS GARANTIES ALORS QUE LE BENEFICIAIRE N'ETAIT PLUS OU PAS ASSURE, LES FRAIS ENGAGES LUI SERAIENT INTEGRALEMENT REFACTURES, DE MEME S'IL AVAIT VOLONTAIREMENT FOURNI DE FAUSSES INFORMATIONS SUR LES CAUSES L'AMENANT A DEMANDER NOTRE INTERVENTION.

En cas de sinistre ou pour toute information, contactez-nous :

Tel: 0826.10.20.30 Fax: 826.10.27.52

Email: info@avantages.mc

AVANTAGES, 2 rue de la Lujerneta 98000 MONACO

SOUTIEN FINANCIER +

(Garanties «ALEA 2» pour les plus de 60 ans - âge à la souscription du contrat)

Notice d'information du contrat n°8.427.395 visant à l'exonération du paiement des cotisations du contrat d'assurance santé

La présente notice regroupe les principales dispositions du contrat collectif n° 8.427.395 souscrit par AVANTAGES au profit des Assurés souscripteurs d'un contrat d'assurance santé et dont l'Assuré peut demander, à tout moment et sans frais, la communication intégrale.

Assureur : Contrat souscrit auprès de **COVEA FLEET** - 160 Rue Henri Champion - 72035 LE MANS Cedex 1. Société Anonyme au capital de 93.714.549 euros - RCS LE MANS B342 815 339 - Entreprise régie par le Code des Assurances. Soumise à l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution Secteur Assurance) - 61 Rue Taibout - 75009 PARIS.

Toutes actions dérivant de cette garantie sont prescrites par DEUX ANS à compter de l'événement qui y donne naissance, dans les conditions prévues aux articles L114-1 et L114-2 du Code des Assurances. L'interruption de la prescription peut 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 ou par l'assuré à l'assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité. Elle peut également être interrompue par désignation de l'expert à la suite d'un sinistre ou par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription à savoir : la reconnaissance par COVEA FLEET de votre droit à bénéficier de la garantie contestée, un acte d'exécution forcée (exemples : commandement de payer, saisie), l'exercice d'une action en justice y compris en référé, devant une juridiction incompétente ou en cas d'annulation de l'acte de saisine pour vice de procédure. L'interruption dure alors jusqu'au terme de cette procédure, sauf carence des parties pendant 2 ans, désistement ou rejet définitif de la demande de celui qui agissait en justice. L'interruption fait courir un nouveau délai de 2 ans.

ARTICLE 1 - DEFINITIONS

1 - Définitions relatives aux personnes :

• Assuré

Toute personne physique, souscripteur d'un contrat d'assurance santé en cours de validité dont les Conditions Particulières font expressément référence à la présente garantie SOUTIEN FINANCIER, ainsi que le (la) conjoint(e) ayant le même domicile fiscal que l'Assuré.

2 - Définitions relatives aux garanties :

• Affections de longues durées ALD-30

Affections, dont la gravité et/ou le caractère chronique nécessitent un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse, inscrites sur la liste des 30 Affections de Longue Durée (ALD-30) établie par décret et définie par le Code de la Sécurité Sociale. L'Affection de Longue Durée ALD-30 doit être constatée par le médecin traitant et reconnue par le médecin conseil de la Caisse d'Assurance Maladie au cours de la période de garantie.

• Polypathologies ALD-32

Le terme « polypathologies » est employé en cas d'atteinte par plusieurs affections caractérisées, entraînant un état pathologique invalidant et nécessitant des soins continus d'une durée prévisible supérieure à 6 mois. L'état de polypathologies ALD-32 doit être constaté par le médecin traitant et reconnu par le médecin conseil de la Caisse d'Assurance Maladie au cours de la période de garantie.

ARTICLE 2 - GARANTIES ACCORDEES

1 - **Objet, montant et limite de la garantie :**

En cas de survenance d'affections de longues durées (ALD-30) ou de polypathologies (ALD-32) :

a) nous prenons en charge 12 mois de cotisation, sur la base de la cotisation annuelle T.T.C. fixée au dernier terme principal émis ou au dernier avenant validé à la date de réalisation du risque, dans la limite de 1.000,00 Euros par sinistre et par année d'assurance,

b) nous remboursons les abonnements aux activités sportives dans la limite de 500,00 Euros par sinistre et par année d'assurance. Ce remboursement correspond à la période comprise entre la date effective de réalisation du risque et la date d'échéance de (des) l'abonnement(s) et est calculé au prorata temporis.

L'état pathologique ouvrant droit à garantie doit toujours être constaté pendant la période de garantie.

2 - **Effet et durée de la garantie :**

• Prise d'effet de la garantie

La garantie est subordonnée à l'existence d'un contrat d'assurance santé dont les Conditions Particulières font expressément référence à la garantie SOUTIEN FINANCIER et en cours de validité au jour de l'événement. Elle est acquise à l'Assuré après réception du règlement de la cotisation.

• Durée de la garantie

La durée de la garantie est liée à la période de validité du contrat d'assurance santé. Elle cesse et est automatiquement résiliée à la même date et dans les mêmes conditions dès lors que le contrat d'assurance santé est résilié.

3 - **Exclusions**

AUCUNE GARANTIE NE POURRA ÊTRE DÉLIVRÉE À L'ASSURÉ :

- **EN CAS DE SUSPENSION OU RESILIATION DU CONTRAT D'ASSURANCE SANTE,**
- **EN CAS DE NON REGULARISATION DES COTISATIONS EMISES AU TITRE DU PRESENT CONTRAT,**

• **EN CAS DE NON-CLASSIFICATION EN AFFECTIONS DE LONGUE DUREE (ALD-30) OU POLYPATHOLOGIES (ALD-32) PAR LA CAISSE D'ASSURANCE MALADIE**

• **EN CAS DE FAILLITE FRAUDULEUSE,**

• **EN CAS D'ABSENCE DE JUGEMENT DE DEPOT DE BILAN DE LA SOCIETE RENDU PAR LE TRIBUNAL DE COMMERCE,**

• **EN CAS DE NON-CLASSIFICATION EN AFFECTIONS DE LONGUE DUREE (ALD-30) OU POLYPATHOLOGIES (ALD-32) PAR LA CAISSE D'ASSURANCE MALADIE.**

ARTICLE 3 - SINISTRES

1 - L'Assuré doit fournir :

- une copie du protocole de soins établi par le médecin traitant et validé par le médecin conseil de la Caisse d'Assurance Maladie indiquant les dates de début de la maladie et de reconnaissance par le corps médical en Affections de Longue Durée (ALD-30) ou en polyathologies (ALD-32),
- une copie de l'attestation de droits à l'assurance maladie mentionnant la prise en charge à 100% pour affections de longue durée ou polypathologies.

2 - Toute demande d'indemnisation devra être accompagnée :

- du dernier justificatif de cotisation annuelle (avis d'échéance terme ou avenant en cours de contrat) validé par l'Assureur et émis avant la date du sinistre,
- de la facture originale acquittée du ou des abonnements annuels d'activités sportives précisant le montant de la cotisation réglée, le fractionnement et la période concernée.

3 - Pour la « prise en charge de la cotisation du contrat d'assurance santé », AVANTAGES effectuera le règlement par subrogation à l'Assureur du contrat d'assurance santé qui s'engage à créditer le compte du contrat santé auquel la présente garantie se rattache. L'imputation de ce crédit commence à la date où la cotisation à échoir acquittée par l'Assuré au moment du sinistre cesse ses effets, soit au prochain terme en cas de fractionnements annuel, semestriel ou trimestriel, soit encore au prochain prélèvement à émettre en cas de fractionnement mensuel. Ce crédit ne peut par conséquent ni donner lieu à ristourne sur une cotisation déjà réglée, ni servir à compenser une cotisation impayée.

Pour le « remboursement de (des) l'abonnement(s) aux activités sportives », AVANTAGES effectuera directement le règlement par chèque auprès de l'Assuré.

Le règlement interviendra dans les 30 jours de la remise du dossier complet comprenant les renseignements et documents nécessaires.

ARTICLE 4 - EXAMEN DES RECLAMATIONS

Votre conseiller en assurances est un professionnel qui peut vous aider ou vous assister. N'hésitez pas à le contacter. Notre service Réclamations client est également à votre disposition. Vos demandes sont à transmettre à : COVEA FLEET, Service Réclamations client, 160 Rue Henri Champion, 72035 LE MANS CEDEX 1. Le Service Réclamations accusera réception de votre demande dans un délai de 10 jours et s'engage à vous répondre dans un délai de 2 mois. Si vous n'êtes pas satisfait de la réponse apportée par le Service Réclamations client, vous avez la possibilité de solliciter l'avis du Médiateur.

ARTICLE 5 - LOI INFORMATIQUE ET LIBERTES

L'Assuré a le droit de demander communication et rectification de toute information qui figurerait sur tout fichier à l'usage de la société AVANTAGES. Le droit d'accès et de rectification peut être exercé à l'adresse du siège de la société AVANTAGES. LOI 78.17 du 06/01/1978 modifiée.

IMPORTANT

• SI L'ASSURE NE RESPECTE PAS LES DELAIS OU NE SE SOUMET PAS A CES OBLIGATIONS, IL POURRA ETRE DECHU DE TOUT DROIT A INDEMNITE POUR CE SINISTRE ET/OU LITIGE SI NOUS POUVONS APPORTER LA PREUVE QUE LE NON-RESPECT DE CETTE OBLIGATION NOUS A FAIT SUBIR UN PREJUDICE.
• TOUTE DECLARATION INEXACTE, TOUTE RETICENCE OU OMISSION VOLONTAIRE QUANT AUX FAITS AYANT DONNE NAISSANCE AU LITIGE ET/OU SINISTRE OU QUANT AUX ELEMENTS POUVANT SERVIR A SA SOLUTION ENTRAINE LA DECHEANCE DU DROIT A GARANTIE POUR LE LITIGE ET/OU LE SINISTRE CONSIDERE.
• DANS LE CAS OU IL S'AVERERAIT QUE NOUS AURIONS ETE AMENES A DECLANCHER NOS GARANTIES ALORS QUE LE BENEFICIAIRE N'ETAIT PLUS OU PAS ASSURE, LES FRAIS ENGAGES LUI SERAIENT INTEGRALEMENT REFACTURES, DE MEME S'IL AVAIT VOLONTAIREMENT FOURNI DE FAUSSES INFORMATIONS SUR LES CAUSES L'AMENANT A DEMANDER NOTRE INTERVENTION.

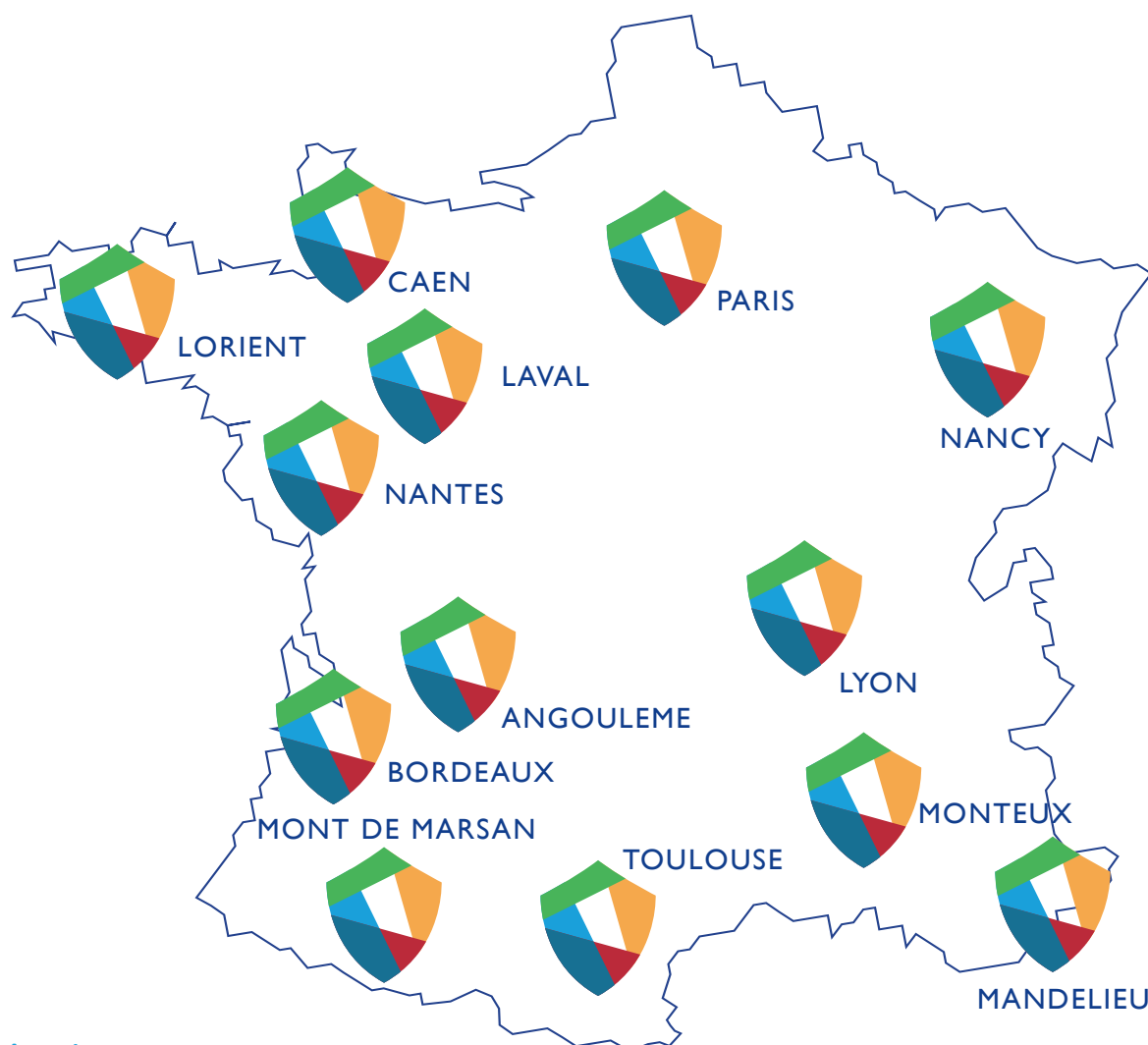
En cas de sinistre ou pour toute information, contactez-nous :

Tel: 0826.10.20.30 Fax: 826.10.27.52

Email: info@avantages.mc

AVANTAGES, 2 rue de la Lujerneta 98000 MONACO

NOTRE RESEAU COMMERCIAL



Agence Rhône-Alpes

68, Cours Lafayette
69003 Lyon
Tél 04 72 69 28 70
Fax 04 26 69 88 29
assurema-rhone-alpes@assurema.fr

Agence Côte d'Azur

2, Rue du Colonel Alary
06210 Mandelieu
Tél 04 92 12 50 60
Fax 04 88 67 98 91
assurema-azur@assurema.fr

Agence Midi-Pyrénées

19, Esplanade Compans Caffarelli
31000 Toulouse
Tél 05 34 40 66 55
Fax 05 40 16 30 42
assurema.midipyrenees@assurema.fr

Agence Aquitaine

235, Boulevard Alfred Daney
33300 Bordeaux
Tél 05 45 60 63 96
Fax 05 40 16 20 37
assurema-aquitaine@assurema.fr

CENTRE DE GESTION

Agence Provence

1050, Chemin des Exquerts
84170 Monteux
Tél 04 90 46 83 57
Fax 04 26 69 88 30
assurema.provence@assurema.fr

N'hésitez pas à nous solliciter pour toute demande de devis pour une assurance :

Animaux de Compagnie

Prévoyance (Obsèques - Dépendance)

Assurances Santé / Collective Santé

Auto Entrepreneur

Auto / Moto / Quad / Bateaux / Caravannes

Commerce / Bureau

Construction / Dommage Ouvrage

Flotte Société

Garantie d'Emprunt

Garantie accidents de la vie

Habitation / Immeuble

Protection Juridique

Epargne / Retraite

L'Avenir Assuré

Assurance santé

Adresse postale pour l'envoi de vos prestations

POP SANTE

Service Prestations

CS 60039 - 1050 Chemin des Exquerts

84170 Monteux

Votre espace adhérent personnalisé sur Internet

Suivez vos remboursements, consultez vos garanties en vous connectant sur votre espace personnalisé sur **www.popsante.fr**

Pour joindre le service client par téléphone :

Composez le 04 90 63 73 73

(standard téléphonique du lundi au vendredi de 9h à 12h et 14h à 17h)

Vos demandes de prises en charge, devis peuvent être adressées :

Par courrier à l'adresse ci-dessus

Par Fax : 0 820 313 623

Par mail : gestionsante@popsante.fr



PEREIRE

DIRECT

PEREIRE DIRECT : Siège social : 122, Boulevard Pereire - 75017 PARIS - Centre de gestion : 1050 Ch. des exquerts - 84170 MONTEUX.
Société de courtage en assurances - S.A.S. au capital de 15 000€ - RCS PARIS 802 974 717 - APE 662 2Z S
N° Orias N° 14 005 369 - Site web Orias : www.orias.fr

Responsabilité Civile Professionnelle et Garantie Financière conformes aux articles L 512-6 et L 512-7 du Code des Assurances -
Réclamation : PEREIRE DIRECT, Service Réclamation, 1050 Chemin des exquerts - 84170 MONTEUX