

DISPOSITIONS GENERALES

SANTÉ

ALLIANZ IARD - ENTREPRISE RÉGIE PAR LE CODE DES ASSURANCES - SA AU CAPITAL DE 938 787 416 EUROS
- 542 110 291 RCS PARIS - SIÈGE SOCIAL : 87, RUE DE RICHELIEU - 75002 PARIS - WWW.ALLIANZ.FR

MADAME, MONSIEUR,

VOUS AVEZ SOUSCRIT UN CONTRAT D'ASSURANCE SANTÉ AUPRÈS D'ALLIANZ. CELUI-CI EST RÉGI PAR LE CODE DES ASSURANCES Y COMPRIS LES DISPOSITIONS IMPÉRATIVES APPLICABLES AUX DÉPARTEMENTS DU HAUT-RHIN, DU BAS-RHIN ET DE LA MOSELLE. NOUS VOUS EN REMERCIONS.

VOTRE CONTRAT D'ASSURANCE, RÉGI PAR LE CODE DES ASSURANCES, COMPREND TROIS PARTIES :

- **LES DISPOSITIONS PARTICULIÈRES**
ELLES PRÉCISENT LES GARANTIES QUE VOUS AVEZ CHOISIES, ADAPTENT LES DISPOSITIONS GÉNÉRALES À VOTRE PROPRE SITUATION ET FIXENT LES RÈGLES PARTICULIÈRES DÉFINIES ENTRE VOUS ET NOUS,
- **LE BARÈME DE PRESTATIONS**
IL DÉTAILLE LE NIVEAU DE REMBOURSEMENT DE VOTRE GARANTIE SOINS,
- **LES PRÉSENTES DISPOSITIONS GÉNÉRALES** QUI VOUS PRÉCISENT LE FONCTIONNEMENT DE VOTRE CONTRAT ET LE CONTENU DE VOS GARANTIES ASSISTANCE,

POUR FACILITER LA LECTURE DE CE DOCUMENT, NOUS AVONS ADOPTÉ LES CONVENTIONS SUIVANTES :

« VOUS » DÉSIGNE L'ASSURÉ ; « NOUS » DÉSIGNE VOTRE ASSUREUR ; « LE COURTIER » DÉSIGNE LE CABINET LUCHEUX.

1 LA GAMME SOINS

2 LE FONCTIONNEMENT DE VOTRE CONTRAT

3 LE FONCTIONNEMENT DE LA GARANTIE ASSISTANCE

1^{ÈRE} PARTIE

LA GAMME SOINS

1 La gamme soins

1 A qui s'adressent les garanties ?

2 Quel est l'objet des garanties ?

3 Quelles sont les dépenses de soins remboursées ?

4 A partir de quel moment et sous quelles conditions êtes-vous remboursé ?

4.1 Les limitations de garantie et délais d'attente à la souscription

4.1.1 Poste hospitalisation

4.1.2 Poste Soins courants remboursés par la Sécurité Sociale

4.1.3 Poste Optique

4.1.4 Poste Auditif

4.1.5 Poste Dentaire

5 Quelles sont les dépenses de soins limitées ou non remboursées ?

1 LES GARANTIES SOINS

L'offre est composée d'une gamme de Soins modulaire constituée de 2 socles « Hospitalisations / Soins courants » et « Optique / Dentaire / auditif » déclinés en 4 niveaux de prestations et d'une garantie non modulaire A0.

1 A QUI S'ADRESSENT LES GARANTIES ?

Les garanties sont ouvertes à toute personne résidant en France métropolitaine.

2 QUEL EST L'OBJET DES GARANTIES ?

Vous êtes remboursé d'une partie ou de la totalité de vos dépenses de soins en complément des remboursements effectués par votre régime obligatoire français d'assurance maladie et maternité.

Les garanties proposées répondent au dispositif du contrat responsable prévu par l'article L871.1 du code de la sécurité sociale et son décret d'application. Ainsi elles :

- respectent les obligations minimales de prise en charge des consultations et prescriptions du médecin traitant,
- prennent en charge deux prestations de prévention mentionnées dans vos dispositions particulières
- ne prennent pas en charge les dépassements d'honoraires autorisés et la majoration de participation du patient en cas de non respect du parcours de soins ou de refus d'accès au dossier médical,
- ne prennent pas en charge la participation forfaitaire et les franchises prévues aux paragraphes II et III de l'article L. 322-2 du Code de la Sécurité sociale, dont les montants sont fixés par décret.

3 QUELLES SONT LES DÉPENSES DE SOINS REMBOURSÉES ?

■ LA NATURE DES SOINS

Ce sont les dépenses de santé ayant fait l'objet d'un remboursement préalable au titre d'un régime obligatoire français, sauf dispositions contraires figurant à votre barème des prestations joint aux Dispositions Particulières de votre contrat (ou certificat d'adhésion aux contrats collectifs). Les dépenses de santé remboursées doivent correspondre à des soins reçus **postérieurement** à la date d'effet du contrat, quelle que soit la date d'apparition de la maladie.

■ LE LIEU DES SOINS

Ce sont les dépenses occasionnées par des soins reçus en France métropolitaine. Hors du territoire métropolitain, il faut que votre régime obligatoire français d'assurance maladie et maternité continue à vous prendre en charge pendant votre séjour et en cas d'hospitalisation, les prestations sont alors réglées sur la base du taux de remboursement prévu par l'option de garantie pour un établissement non conventionné.

■ LES BASES DE REMBOURSEMENT

- Les soins remboursés par votre régime obligatoire :

Les prestations sont fonction de la valeur de la base de remboursement de la Sécurité Sociale ou de toute autre participation fixée par la réglementation française du régime obligatoire en vigueur à la date des soins, déduction faite du remboursement de votre régime obligatoire. Les prestations, **y compris les forfaits**, sont versées dans la limite des frais réellement engagés et sont toujours payées en France et en euros.

- Les soins non remboursés par votre régime obligatoire :

Lorsque votre garantie le prévoit, leur remboursement s'effectue au premier euro dans la limite du plafond annuel par assuré, à concurrence des frais réellement engagés.

4 A PARTIR DE QUEL MOMENT ET SOUS QUELLES CONDITIONS ÊTES-VOUS REMBOURSÉ ?

4.1 LES LIMITATIONS DE GARANTIE ET DÉLAIS D'ATTENTE À LA SOUSCRIPTION

4.1.1 POSTE HOSPITALISATION

■ EN CAS D'HOSPITALISATION DANS UN SERVICE PSYCHIATRIQUE

Pendant les 6 premiers mois à compter de la date d'effet de votre garantie (quel que soit le niveau souscrit), la prise en charge est limitée à 90 jours par année d'assurance et à un niveau de 100% de la base de remboursement de la Sécurité sociale, sans prise en charge de la chambre particulière. Après 6 mois, les limitations indiquées à l'article 5 s'appliquent.

■ **POUR TOUTE AUTRE HOSPITALISATION**

Pendant les 6 premiers mois à compter de la date d'effet de votre garantie, le remboursement est limité à 200% de la base de remboursement de la Sécurité sociale. Pendant ce délai, le remboursement de la chambre particulière ne peut excéder **80 euros**.

Les hospitalisations consécutives à un accident sont remboursées conformément à l'option de garantie choisie dès la date d'effet de la garantie.

4.1.2 POSTE SOINS COURANTS REMBOURSÉS PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE

Pendant les 6 premiers mois à compter de la date d'effet de votre garantie (sur le niveau A4), le remboursement des soins courants est limité à **200%** de la base de remboursement de la Sécurité Sociale.

4.1.3 POSTE OPTIQUE

Pendant les 6 premiers mois à compter de la date d'effet de votre garantie (sur les niveaux B3 et B4), les remboursements sur les montures et verres correcteurs acceptés par la Sécurité sociale, et lentilles sont limités à **210€** maximum par assuré.

4.1.4 POSTE AUDITIF

Pendant les 6 premiers mois à compter de la date d'effet de votre garantie (sur les niveaux B3 et B4), les remboursements sur les prothèses auditives sont limités à **300€** maximum par assuré.

4.1.5 POSTE DENTAIRE

Pendant les 12 premiers mois à compter de la date d'effet de votre garantie (sur les niveaux B3 et B4), les remboursements des prestations Soins dentaires (y compris inlay-onlays) et prothèse dentaire prise en charge par la Sécurité Sociale (y compris inlay-cores) sont limités à 200 % de la base de remboursement de la Sécurité Sociale. Le forfait orthodontie acceptée par la Sécurité Sociale est limité à 200€ par semestre actif et le forfait implantologie est limité à 300€ par acte.

■ **LES MONTANTS EXPRIMÉS EN EUROS ET PLAFONDS DE GARANTIES**

Les montants exprimés en euros dans le barème de prestations sont calculés par personne assurée et année d'assurance laquelle correspond à la période comprise entre les 2 échéances principales.

Si en cours d'année :

- une modification du niveau de garantie est demandée, les plafonds annuels de garantie jusqu'à la prochaine échéance principale sont recalculés en proportion du plafond de la période courue et du plafond de la période restant à courir déduction faite des prestations payées sur l'année d'assurance en cours ;
- une personne supplémentaire est assurée sur le contrat, les plafonds de garantie dont bénéficie ce nouvel assuré sont calculés en proportion de la période restant à courir jusqu'à la prochaine échéance principale du contrat.
- Une résiliation intervient hors échéance principale, le plafond de garantie est recalculé au prorata temporis de la période garantie correspondant à la cotisation réellement payée.

5 QUELLES SONT LES DÉPENSES DE SOINS LIMITÉES OU NON REMBOURSÉES ?

■ **LES LIMITATIONS (NON ABROGEABLES)**

- Les séjours effectués dans des établissements, maisons, centres ou unités de moyen séjour sont pris en charge pour une durée limitée à 90 j jours par an et par personne assurée, à condition qu'ils fassent suite à un séjour dans un établissement hospitalier.
- En cas de séjours effectués dans des établissements dont la catégorie est intitulée au Fichier National des Etablissements Sanitaires : centres hospitaliers spécialisés dans la lutte des maladies mentales, centre de postcure pour malades mentaux, maisons de santé pour maladies mentales, centres de crise ou d'accueil permanent ne participant pas au service public hospitalier, la prise en charge est limitée à 100% de la base de remboursement de la Sécurité Sociale pendant une durée de 90 jours calculée par année d'assurance, sans prise en charge de la chambre particulière.
- En cas de séjours effectués dans des établissements dont la catégorie est intitulée au Fichier National des Etablissements Sanitaires : centres hospitaliers spécialisés dans la lutte des maladies mentales, centre de postcure

pour malades mentaux, maisons de santé pour maladies mentales, centres de crise ou d'accueil permanent, participant au service public hospitalier, la prise en charge est limitée à 90 jours calculée par année d'assurance.

▪ **LES EXCLUSIONS**

Sont exclues des garanties les dépenses de soins relatives aux séjours effectués :

- dans des établissements ne relevant pas de la Loi Hospitalière tels qu'identifiés au Fichier National des Etablissements Sanitaires et Sociaux (FINESS),
- dans les établissements relevant de la Loi Hospitalière et faisant partie des catégories d'établissements dénommés :
 - établissement de Soins de Longue Durée, centre Médico-pédagogique, maison d'enfants à caractère sanitaire permanents ou temporaires, atelier thérapeutique, centre d'accueil thérapeutique à temps partiel, service médico-psychologique régional, centre postcures pour alcooliques,
- pour des cures à l'exception des cures thermales.

2^{ÈME} PARTIE

LE FONCTIONNEMENT DE VOTRE CONTRAT

2 Le fonctionnement de votre contrat

1 : La nature juridique de votre contrat

2 : Les conditions de souscription

3 : Les déclarations

- 3.1 :** A la souscription
- 3.2 :** En cours de contrat
- 3.3 :** Les conséquences d'une fausse déclaration

4 : Les cotisations

- 4.1 :** Le paiement des cotisations
- 4.2 :** L'évolution des cotisations
- 4.3 :** Les conséquences d'une modification de la couverture de votre régime obligatoire d'assurance maladie et maternité

5 : Le règlement des prestations

- 5.1 :** La déclaration de sinistre
- 5.2 :** Les compléments d'information
- 5.3 :** En cas de désaccord

6 : La durée, la modification et la résiliation de votre contrat

- 6.1 :** La durée de votre contrat
- 6.2 :** La modification des garanties de votre contrat
- 6.3 :** Le changement de catégorie socio-professionnelle
- 6.4 :** La résiliation de votre contrat
- 6.5 :** Les conséquences de la résiliation

7 : La prescription

8 : La subrogation

9 : L'autorité de contrôle

10 : Les définitions pour faciliter votre lecture

1 LA NATURE JURIDIQUE DE VOTRE CONTRAT

Vous souscrivez dans le cadre d'un contrat individuel.

Seules les personnes affiliées à un régime de sécurité sociale français légalement obligatoire peuvent souscrire les garanties de la gamme soins.

2 LES DÉCLARATIONS

2.1 A LA SOUSCRIPTION

Afin de nous permettre d'apprécier les risques à prendre en charge pour toutes les personnes couvertes par le contrat, vous devez remplir avec exactitude la proposition d'assurance.

2.2 EN COURS DE CONTRAT

Vous devez déclarer à votre courtier pour toutes les personnes couvertes par le contrat :

- un changement de domicile,
- une modification de la composition de la famille, notamment naissance, mariage, décès,
- un changement de situation au regard des régimes obligatoires français d'assurance maladie et maternité
- un changement de catégorie socioprofessionnelle,
- un séjour à l'étranger.

Ces déclarations doivent nous parvenir, par lettre recommandée, dans les quinze jours qui suivent votre connaissance de l'un de ces événements. **Si l'absence ou le retard de déclaration nous cause un préjudice, nous pourrions invoquer la déchéance des garanties et ne pas procéder aux indemnisations prévues (article L113-2 du Code des assurances).**

En cas d'aggravation de risque, liée à l'un de ces événements et indépendante de votre état de santé, nous vous proposons soit une augmentation de cotisation, soit la résiliation de votre contrat.

En cas de diminution de risque, nous vous proposons une diminution de votre cotisation.

2.3 LES CONSÉQUENCES D'UNE FAUSSE DÉCLARATION

Toute omission ou inexactitude dans les déclarations à la souscription ou en cours de contrat entraîne l'application des sanctions prévues par le Code des Assurances.

Si l'omission ou l'inexactitude est intentionnelle, nous pourrions, conformément à l'article L113.8 du Code des assurances, invoquer la nullité du contrat et conserver les cotisations versées au titre de dommages et intérêts.

Si l'omission ou l'inexactitude n'est pas intentionnelle (article L113-9 du Code des assurances) :

- après un sinistre, les prestations sont réduites en proportion des cotisations payées par rapport à celles qui auraient été dues si les risques avaient été complètement et exactement déclarés,
- avant la réalisation du sinistre, nous pouvons soit maintenir le contrat en cours, moyennant une augmentation de cotisation, soit résilier le contrat.

3. LES COTISATIONS

3.1 LE MODE DE FIXATION DES COTISATIONS

A la souscription et en cours de contrat, la cotisation est fonction de l'âge de l'assuré à la date d'effet de la garantie, du choix de la formule et du nombre de personnes assurées sur le contrat.

Toute taxe devenant applicable au contrat sera automatiquement répercutée sur les cotisations d'assurance à la date de son entrée en vigueur.

3.2 LE PAIEMENT DES COTISATIONS

Pour chaque année d'assurance, la cotisation est annuelle et payable d'avance. Cependant, vous pouvez bénéficier d'un paiement fractionné de cette cotisation.

Le règlement s'effectue au plus tard dans les dix jours suivant la ou les échéances indiquées dans vos Dispositions.

A défaut de paiement d'une cotisation (ou d'une fraction de cotisation) dans les dix jours de son échéance, vos garanties sont suspendues trente jours après l'envoi d'une lettre recommandée de mise en demeure (article L113-3 du Code des assurances).

Cette suspension de garantie :

- ne nous empêche pas de poursuivre en justice le recouvrement de la cotisation due,
- nous autorise à résilier votre contrat dix jours après le début de la suspension si, dans ce délai, la cotisation due n'a toujours pas été payée,
- vous fait perdre ainsi qu'aux autres personnes assurées, le droit aux prestations de votre contrat, même si la cotisation impayée est ultérieurement réglée, en ce qui concerne :
 - les dépenses occasionnées par des soins reçus pendant la période de suspension,
 - l'allocation forfaitaire pour les hospitalisations ayant débuté pendant la période de suspension,

En cas de fractionnement de la prime annuelle, la suspension intervenue en cas de non-paiement d'une des fractions de prime produit ses effets jusqu'à l'expiration de la période annuelle considérée.

Le contrat non résilié reprend ses effets, pour l'avenir, à midi le lendemain du jour où la cotisation ou fraction de la cotisation a été réglée.

3.3 L'ÉVOLUTION DES COTISATIONS

Vos cotisations évoluent selon des critères contractuels (âge, indexation). Elles pourront être également modifiées afin de prendre en compte les motifs d'ordre technique.

3.4 LES CONSÉQUENCES D'UNE MODIFICATION RÉGLEMENTAIRE OU DE LA COUVERTURE DE VOTRE RÉGIME OBLIGATOIRE D'ASSURANCE MALADIE ET MATERNITÉ (GARANTIE SOINS UNIQUÉMENT)

Toute modification législative ou réglementaire provoquant une variation des dépenses de soins prises en charge par votre régime obligatoire peut entraîner :

- soit le maintien de votre niveau de remboursement global (cumul des remboursements de votre régime obligatoire et de votre assurance complémentaire) en contrepartie d'une révision de votre cotisation,
- soit le maintien de votre cotisation en contrepartie d'une révision de votre niveau de remboursement.

Tableau récapitulatif de l'évolution des cotisations (paragraphe 3.3 et 3.4)

	Garanties Soins	Date d'effet
Critères contractuels AGE DE L'ASSURÉ Les cotisations augmentent aux âges suivants :	Tous les ans à partir du 18 ^{ème} anniversaire	l'échéance principale
Motifs d'ordre technique RESULTATS TECHNIQUES Chaque année, les cotisations sont révisées en fonction des résultats techniques constatés et de l'évolution prévisible des remboursements complémentaires de frais de soins. Cette révision s'applique à l'ensemble des contrats ou bien à une catégorie de contrats. L'état de santé de l'assuré au moment de cette révision n'est aucunement pris en compte, conformément à la loi n°89-1009 du 31/12/89.	Oui	l'échéance principale
MODIFICATION DE LA COUVERTURE DE VOTRE RÉGIME OBLIGATOIRE D'ASSURANCE MALADIE ET MATERNITÉ Les cotisations peuvent être révisées en contrepartie du maintien de votre niveau de remboursement global (cumul des remboursements de votre régime obligatoire et de votre assurance complémentaire)	Oui	La date indiquée sur la notification
MODIFICATION RÉGLEMENTAIRE Les cotisations peuvent être révisées selon l'impact des modifications législatives ou réglementaires.	Oui	La date indiquée sur la notification
Dans tous les cas, la modification vous sera notifiée et, en cas de désaccord, vous avez la possibilité de demander la résiliation de vos garanties dans le délai et conditions indiqués dans la notification.		

4 LE RÉGLEMENT DES PRESTATIONS

4.1 LA CONFIDENTIALITÉ MÉDICALE ET LES MENTIONS CNIL (LOI INFORMATIQUE ET LIBERTÉS)

Les informations médicales recueillies directement ou indirectement (notamment feuilles de soins, demandes de prises en charges établies par les établissements hospitaliers publics ou privés, flux informatiques télétransmis par les professionnels de santé que vous consultez, courriers et ou certificats médicaux que vous adressez au Service Médical ou au Médecin Conseil) font l'objet d'un traitement manuel et/ou informatique destiné à la gestion de votre dossier par le Service Médical. De même les données soumises au respect du secret professionnel (notamment les décomptes établis par votre Régime Obligatoire ou flux informatiques télétransmis par ce même régime, les demandes de prises en charges établies par les

établissements hospitaliers publics ou privés,...), font l'objet d'un traitement manuel et/ou informatique destinés à la gestion de votre dossier par les Services Administratifs.

La signature de votre contrat vaut acceptation tacite de votre part pour la transmission :

- au Service Médical, dans le respect du secret médical, de l'ensemble des données soumises au respect du secret médical qui seront nécessaires au traitement de votre dossier.
- aux services administratifs, dans le respect du secret professionnel, de l'ensemble des données comportant des renseignements soumis au respect du secret professionnel (y compris ceux qui parviendraient directement par les organismes gérant votre Régime Obligatoire, ainsi que par les organismes de soins ou professionnels de santé), qui seront nécessaires au traitement de votre dossier.

Conformément à la loi "Informatique et Libertés" du 6 janvier 1978, telle que modifiée par la loi du 6 août 2004, vous pouvez exercer votre droit d'accès, de modification, de rectification, de suppression et d'opposition relatif à vos données, en adressant une demande écrite à votre courtier

4.2 LA DÉCLARATION DE SINISTRE

Vous devez adresser dans les meilleurs délais, sous enveloppe avec mention « Secret Médical », à l'attention du service médical de votre centre de service clients santé, les documents suivants :

- *en cas de soins remboursés par votre régime obligatoire d'assurance maladie et maternité :*
 - l'original des décomptes de votre régime obligatoire d'assurance maladie et maternité si votre caisse du régime obligatoire ne nous les télétransmet pas ; en cas de télétransmission, votre caisse du régime obligatoire vous en informe par un message figurant sur le décompte de remboursement,
 - les factures détaillées pour nous permettre de connaître le montant des dépenses engagées le cas échéant.
- *en cas de soins non remboursés par votre régime obligatoire d'assurance maladie et maternité :*
 - les factures détaillées,
 - la notification de refus émanant de votre régime de base pour les soins soumis à entente préalable,
 - la prescription médicale.

A défaut de transmission des documents, les prestations ne pourront pas être versées.

4.3 LES COMPLÉMENTS D'INFORMATION

Le médecin-conseil peut être amené, à tout moment, à compléter son information en vous demandant :

- de renseigner un questionnaire médical,
- de lui adresser des documents médicaux spécifiques,
- de vous soumettre à un examen médical.

Le courtier peut également être amené à vous demander tout document lui permettant d'apprécier le droit à indemnisation.

En cas de refus de vous soumettre à un examen médical ou de transmettre les documents demandés, le versement des prestations sera suspendu.

4.4 EN CAS DE DÉSACCORD

Nous pouvons refuser, pour une raison d'ordre médical, de vous accorder tout ou partie des prestations que vous demandez. Cette décision vous est communiquée par lettre recommandée.

a) L'expertise amiable

Si vous contestez cette décision, vous avez la possibilité de demander une expertise amiable sous deux conditions :

- que votre demande soit effectuée dans les deux mois qui suivent notre refus d'indemnisation.
- que notre refus ne soit pas motivé par une fausse déclaration.

Le choix du médecin expert se fait :

- soit d'un commun accord entre vous et notre médecin-conseil, à partir d'une liste d'experts près les tribunaux,
- soit par le tribunal de votre lieu de résidence.

Les honoraires et frais relatifs à cette expertise sont :

- partagés par moitié entre vous et nous pour le médecin expert,
- à votre charge pour le médecin de votre choix si vous souhaitez être assisté au cours de cette expertise.

b) Les autres voies de réclamation possibles

Votre courtier est en mesure d'étudier sur le fond toutes vos demandes et réclamations.

L'assureur adhère à la charte de la Médiation de la Fédération des Sociétés d'Assurances. Aussi, en cas de désaccord persistant et définitif relatif à une garantie, il est possible de faire appel au Médiateur de la Fédération Française des Sociétés d'Assurances, un professionnel de l'assurance indépendant dont les coordonnées postales sont les suivantes : BP 290 - 75425 Paris cédex 09, et ceci sans préjudice des autres voies d'actions légales.

5. LA DURÉE, LA MODIFICATION ET LA RÉSILIATION DE VOTRE CONTRAT

5.1 LA DURÉE DE VOTRE CONTRAT

Votre contrat est conclu pour une durée d'un an et se renouvelle par tacite reconduction à chaque échéance principale. La date d'effet est précisée sur vos dispositions particulières.

Nous nous engageons à :

- ne jamais le résilier sauf application de L113.9 du Code des Assurances en cas de fausse déclaration non intentionnelle et en cas de non-paiement de cotisation.

5.2 LA MODIFICATION DES GARANTIES DE VOTRE CONTRAT

Vous avez, à tout moment, la possibilité de demander la modification des garanties de votre contrat ; il vous suffit de nous fournir les éléments nécessaires à sa prise en compte. L'augmentation ou la diminution de la garantie ne peuvent intervenir qu'après la première année d'assurance. **Elles prendront effet à l'échéance principale suivant la demande de modification.** Le changement de garanties entraîne la modification de la cotisation.

5.3 LE CHANGEMENT DE CATÉGORIE SOCIOPROFESSIONNELLE

Dans le cas d'un changement de catégorie socioprofessionnelle, vous devez nous fournir les justificatifs nécessaires à la modification de votre contrat. Ce changement peut dans certains cas entraîner la modification de la cotisation.

5.4 LA RÉSILIATION DE VOTRE CONTRAT

Qui peut résilier et dans quel cas ?	Que faut-il faire et à quel moment ?	Quand la résiliation prend-elle effet ?
Vous pouvez résilier votre contrat		
Chaque année	Vous nous envoyez une lettre recommandée deux mois avant l'échéance principale (1)	A l'échéance principale
Nous pouvons résilier votre contrat		
Si vous n'avez pas réglé une partie ou la totalité de votre cotisation	Nous vous envoyons une lettre recommandée de mise en demeure dix jours après la date limite de règlement de la cotisation	Quarante jours après l'envoi de la lettre recommandée de mise en demeure (1)
Si vous avez effectué une omission ou une inexactitude dans la déclaration du risque à la souscription ou en cours de contrat	Nous vous envoyons une lettre recommandée	Article L113-9 : dix jours après l'envoi de la lettre recommandée (1)
Si vous avez commis une fraude ou une tentative de fraude à l'occasion d'un sinistre	Nous vous envoyons une lettre recommandée	Dix jours après l'envoi de la lettre recommandée par nos services (1)
Si vous n'acceptez pas les nouvelles conditions tarifaires proposées en cas d'aggravation de risque, indépendante de votre état de santé		Trente jours après la réception de notre proposition de modification (1)
La résiliation de votre contrat est automatique		
Lorsque vous quittez, pour une période supérieure à un an la France Métropolitaine ou les DOM		Dès que nous ne bénéficiez plus du régime obligatoire français

(1) la date du cachet de la poste faisant foi

5.5 LES CONSÉQUENCES DE LA RÉSILIATION

	Vous recevez des prestations pour :	Vous ne recevez pas de prestations pour :
Garantie Soins	Les soins effectués avant la résiliation de votre garantie, même si la demande de remboursement est effectuée après la résiliation.	Les soins effectués après la résiliation de votre garantie y compris ceux liés à une hospitalisation ayant débutée avant la résiliation, quand bien même ils peuvent être rattachés à une maladie ou un accident antérieurs à la résiliation.

6. LA PRESCRIPTION

Aucune action ni réclamation concernant le contrat ne pourra être entreprise au-delà du délai de prescription.

La prescription se définit comme l'extinction d'un droit résultant de l'inaction de son titulaire pendant un certain laps de temps. Les dispositions relatives à la prescription des actions dérivant du contrat d'assurance sont fixées par les articles L 114-1 à L 114-3 du Code des assurances reproduits ci après :

Article L 114-1 du Code des assurances :

Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance. Toutefois, ce délai ne court :

- 1° En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'assureur en a eu connaissance;
- 2° En cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand l'action de l'assuré contre l'assureur a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'assuré ou a été indemnisé par ce dernier.

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

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

Article L 114-2 du Code des assurances :

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par l'assureur à l'assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'assuré à l'assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Article L 114-3 du Code des assurances :

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

Information complémentaire :

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

7. LA FACULTÉ DE RENONCIATION

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 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.

Modèle de lettre type de renonciation :

« Je soussigné M, demeurant au, renonce à mon contrat N° souscrit auprès du cabinet Lucheux conformément à l'article L 112-9 du Code des assurances.

J'atteste n'avoir connaissance à la date d'envoi de cette lettre, d'aucun sinistre mettant en jeu une garantie du contrat depuis la date de conclusion du contrat. »

Date Signature

8. LA SUBROGATION

Nous sommes subrogés dans vos droits et actions contre tout responsable pour le remboursement des prestations prévues au contrat.

9. L'AUTORITÉ DE CONTRÔLE

L'autorité chargée du contrôle de notre société est :

"L'Autorité de Contrôle Prudentiel",

61 rue Taitbout,

75436 Paris ».

9. LES DÉFINITIONS POUR FACILITER VOTRE LECTURE :

Accident :

Toute atteinte corporelle, non intentionnelle de la part de l'assuré ou du bénéficiaire, provenant de l'action soudaine d'une cause extérieure.

Année d'assurance :

Période comprise entre 2 échéances principales.

Base de remboursement de la sécurité sociale

Tarif servant de référence à l'assurance maladie obligatoire pour déterminer le montant de son remboursement.

La base de remboursement comprend :

- **le Tarif de Convention (TC)** qui résulte des conventions entre les syndicats professionnels et la Sécurité sociale.
- **le Tarif d'Autorité (TA)** applicable aux professionnels de santé non conventionnés.
- **le Tarif de responsabilité (TR)** pour les médicaments, appareillages et autres biens médicaux.

Bénéficiaire :

Toute personne désignée nominativement au contrat.

Contrat responsable :

Contrat élaboré dans le cadre des mesures prises par les pouvoirs publics visant à inciter les assurés sociaux à respecter le parcours de soins. Il doit répondre à un cahier des charges qui définit des obligations et des interdictions de prise en charge, par le contrat d'assurance maladie complémentaire, de certains remboursements.

A titre d'exemple, dans le parcours de soins, les contrats responsables doivent rembourser au moins 30 % du tarif de responsabilité pour les consultations du médecin traitant et du médecin correspondant et hors du parcours de soins, les contrats responsables ont interdiction de rembourser la partie correspondant à la baisse du remboursement de l'assurance maladie obligatoire pour non respect du parcours de soins.

Dans tous les cas, les contrats responsables ne prennent pas en charge la participation forfaitaire d'un euro sur les consultations, les actes de médecins et les actes de biologie. De la même manière, ils ne remboursent pas les franchises médicales.

Cotisation :

Somme dont le paiement ouvre droit au bénéfice des garanties et éventuellement de services proposés.

Date d'effet :

Date qui matérialise l'entrée en vigueur de vos garanties.

Echéance :

Date à laquelle vous devez payer votre cotisation annuelle ou une fraction de celle-ci si vous avez opté pour un paiement semestriel, trimestriel ou mensuel.

Echéance principale :

Date de renouvellement de votre contrat, à partir de laquelle votre cotisation est due pour l'année d'assurance à venir.

Exclusions de garanties

Situation, risque ou maladie pour lesquels les dépenses de soins ne sont pas couvertes par le contrat.

Forfait journalier

Somme journalière restant à votre charge de l'assuré pour toute hospitalisation d'une durée supérieure à 24h. Son montant est fixé par arrêté. Cette somme sert à payer les frais d'hébergement et d'entretien entraînés par l'hospitalisation. Certains patients en sont dispensés : par exemple, les personnes hospitalisées à la suite d'un accident du travail ou pour une maladie professionnelle, les femmes au cours des derniers mois de leur grossesse et après l'accouchement.

Forfait 18 euros

Participation forfaitaire de 18 euros, à votre charge, qui s'applique sur les actes dont le tarif est égal ou supérieur à 91 euros, ou ayant un coefficient égal ou supérieur à 50. Votre contrat rembourse cette participation.

Frais d'hospitalisation

Frais comprenant les frais de séjour, les frais de salle d'opération, les honoraires des praticiens et auxiliaires médicaux, les frais d'analyses et d'exams de laboratoire relatifs aux soins dispensés à l'occasion d'un séjour dans l'établissement hospitalier de 24h minimum dans un établissement relevant de la loi hospitalière et comportant au moins une nuit.

Franchise médicale

Somme déduite des remboursements effectués par l'assurance maladie obligatoire sur les médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires.

Son montant est de :

- 0,50 € par boîte de médicaments ;
- 0,50 € par acte paramédical ;
- 2 € par transport sanitaire.

La franchise est plafonnée à 50 € par an pour l'ensemble des actes et/ou prestations concernés. Un plafond journalier a également été mis en place pour les actes paramédicaux et les transports sanitaires : pas plus de 2 euros par jour sur les actes paramédicaux et pas plus de 4 euros par jour pour les transports sanitaires.

Hospitalisation :

Tout séjour de 24h minimum dans un établissement relevant de la loi hospitalière et comportant au moins une nuit.

Nouveau-Né :

Est considéré comme nouveau-né pour la garantie hospitalière, un enfant de moins d'un mois

Parcours de soins coordonnés

Circuit que les patients doivent suivre pour bénéficier d'un suivi médical coordonné, personnalisé et être remboursé au mieux. Il concerne tous les bénéficiaires de l'assurance maladie de plus de 16 ans, et est organisé autour du médecin traitant.

Sont considérés comme étant dans le parcours de soins coordonnés les personnes qui :

- ont déclaré un médecin traitant auprès de l'assurance maladie obligatoire ;
- consultent leur médecin traitant ou son remplaçant en première intention
- consultent un autre médecin, désigné "médecin correspondant", sur orientation de leur médecin traitant.
- consultent directement un gynécologue, ophtalmologue, psychiatre et stomatologue pour certains actes

Dans certaines situations telles que l'éloignement géographique et l'urgence, une personne est toujours considérée comme étant dans le parcours de soins même si elle n'a pas consulté préalablement son médecin traitant.

En dehors du parcours de soins, le remboursement de l'assurance maladie obligatoire est diminué et dans la plupart des cas, les contrats souscrits auprès des organismes complémentaires d'assurance maladie ne prennent pas en charge la différence (voir contrat « responsable »).

Tiers payant

Système de paiement qui vous évite de faire l'avance des frais de santé dont la prise en charge est assurée par la Sécurité sociale et/ou par nous.

CONVENTION D'ASSISTANCE SANTE

COMMENT CONTACTER NOTRE SERVICE ASSISTANCE

8-14, avenue des Frères Lumière 94366 BRY SUR MARNE CEDEX
7 jours sur 7 – 24 heures sur 24

Par téléphone de France :	01.45.16.65.55
Par téléphone de l'étranger :	33.1.45.16.65.55 précédé de l'indicatif local d'accès au réseau international
Par télécopie	: 01.45.16.63.92
Par e-mail	: assistance@mutuaide.fr

Pour nous permettre d'intervenir dans les meilleures conditions, pensez à rassembler les informations suivantes qui vous seront demandées lors de votre appel :

- Le nom du contrat auquel vous êtes rattaché,
- Vos nom et prénom,
- L'adresse de votre domicile,
- La ville ou la localité dans laquelle vous vous trouvez au moment de l'appel,
- Préciser l'adresse exacte (n°, rue, hôtel éventuellement, etc.),
- Le numéro de téléphone où nous pouvons vous joindre,
- La nature de votre problème.

Lors du premier appel, un numéro de dossier d'assistance vous sera communiqué. Le rappeler systématiquement, lors de toutes relations ultérieures avec notre Service Assistance.

ARTICLE 1 – DEFINITIONS ET CHAMP D'APPLICATION

1.1. Nous

MUTUAIDE ASSISTANCE – 8/14 avenue des Frères Lumière – 94366 Bry-sur-Marne Cedex

1.2. L'assistance santé

L'assistance santé comprend l'ensemble des prestations mises en œuvre à votre domicile en France métropolitaine ou Principauté d'Andorre ou de Monaco, suite à un accident corporel au domicile.

1.3. Bénéficiaires

- ✓ l'assuré, souscripteur du contrat d'assurance,
- ✓ son conjoint non séparé de corps ou de fait,
- ✓ ses descendants fiscalement à charge et vivant sous le même toit de façon permanente, à l'exclusion des locataires et des personnes majeures exerçant une activité professionnelle.

1.4. Domicile

Le lieu de résidence principale ou secondaire déclaré par l'assuré lors de la souscription du contrat d'assurance. Ce domicile doit se situer en France métropolitaine ou Principautés d'Andorre et de Monaco.

1.5. Territorialité

France métropolitaine, Principautés d'Andorre ou de Monaco.
Extension au Monde entier pour la garantie «Retour anticipé».

1.6. Evénements garantis pour l'assistance santé

Blessure suite à accident corporel au domicile, entraînant ou non une hospitalisation, hospitalisation supérieure à 24 heures.

1.7. Accident corporel

Toute atteinte corporelle soudaine, non intentionnelle, provenant d'un événement imprévisible et constituant la cause du dommage.

L'intoxication alimentaire est assimilée à un accident.

1.8. Hospitalisation

Tout séjour de plus de 24 heures dans un établissement de soins public ou privé, dès lors que ce séjour a pour objet la mise en observation, le traitement médical ou chirurgical de lésions résultant d'un accident corporel survenu au domicile.

1.9. Animal domestique

Animal de compagnie (chien, chat, oiseau...).

1.10. Nullité

Toute fraude, falsification ou fausse déclaration et faux témoignage susceptibles de mettre en oeuvre les garanties prévues à la convention, entraîne la nullité de nos engagements et la déchéance des droits prévus à ladite convention.

1.11. Nous organisons

Nous accomplissons les démarches nécessaires pour vous donner accès à la prestation.

1.12. Nous prenons en charge

Nous finançons la prestation.

1.13. Exécution des prestations

Les prestations garanties par la présente convention ne peuvent être déclenchées qu'avec l'accord préalable de MUTUAIDE ASSISTANCE. En conséquence, aucune dépense effectuée d'autorité par les bénéficiaires ne pourra être remboursée par MUTUAIDE ASSISTANCE.

ARTICLE 4 – LES GARANTIES D'ASSISTANCE SANTE

Ces garanties ont pour objet la mise en œuvre d'une assistance au domicile du bénéficiaire pour couvrir les conséquences d'une incapacité temporaire consécutive à un accident corporel au domicile, ou d'une hospitalisation supérieure à 24 heures suite à un même événement.

RECHERCHE ET ENVOI D'UN MEDECIN

Vous êtes blessé au domicile suite à un accident corporel.

En l'absence dûment constatée de votre médecin traitant, nous recherchons un médecin et vous mettons en relation avec lui.

Les frais de déplacement, de soins et les honoraires du médecin restent à votre charge.

En aucun cas MUTUAIDE ASSISTANCE ne sera tenue responsable si aucun médecin n'est disponible. De même, l'éloignement trop important du médecin susceptible de se déplacer ne pourra être retenu à l'encontre de MUTUAIDE ASSISTANCE.

ENVOI D'UNE AMBULANCE

Vous êtes blessé au domicile suite à un accident corporel au domicile.

Si votre état de santé le justifie et sur prescription médicale uniquement, nous organisons votre transport en ambulance jusqu'au centre hospitalier approprié le plus proche de votre domicile ou jusqu'à l'établissement indiqué sur la prescription médicale.

A l'issue de l'hospitalisation, nous pouvons organiser votre retour de l'hôpital à votre domicile.

EN AUCUN CAS MUTUAIDE ASSISTANCE NE PEUT SE SUBSTITUER AUX SECOURS LOCAUX D'URGENCE TELS QUE, SAMU, SMUR, POMPIERS, ETC.

Dans les deux cas, notre participation aux frais s'effectue sous réserve d'une hospitalisation effective et dans la limite des frais réels restant à votre charge après remboursement par les organismes primaires d'assurance maladie et mutuelles complémentaires éventuelles.

GARDE DES ENFANTS DE MOINS DE 15 ANS

Le bénéficiaire est hospitalisé pour une durée d'au moins 24 heures consécutives. A sa demande ou à celle de son conjoint de droit ou de fait s'il détient l'autorité parentale, nous organisons et prenons en charge, dans la limite des contraintes locales, l'une des prestations suivantes :

- ✓ **Soit** la venue d'une personne compétente et qualifiée pour garder les enfants. Cette garantie est accordée au plus tard dans les 48 heures qui suivent la sortie de l'hôpital et pendant 2 jours maximum. Pendant cette période, nous pouvons organiser et prendre en charge la conduite des enfants à l'école à concurrence de 2 allers et retours maximum par jour.
- ✓ **Soit** le transport aller/retour d'une personne désignée par le bénéficiaire et résidant en France métropolitaine, Principautés d'Andorre ou de Monaco, sur la base d'un billet de train 1^{ère} classe ou d'avion classe économique, pour venir au domicile garder les enfants.
- ✓ **Soit** le transfert des enfants de moins de 15 ans jusqu'au domicile d'un proche, désigné par le bénéficiaire et résidant en France métropolitaine, Principautés d'Andorre ou de Monaco.

GARDE DES ANIMAUX DOMESTIQUES (Chiens, chats, oiseaux)

Vous êtes hospitalisé suite à un évènement garanti et votre animal se trouve seul à votre domicile.

Nous nous chargeons :

- ✓ **Soit** de rechercher l'établissement de garde pour animaux domestiques (chiens et chats) le plus proche de votre domicile. Nous organisons alors et prenons en charge le transport de l'animal jusqu'à cet établissement.
- ✓ **Soit** d'organiser et de prendre en charge le transfert de l'animal chez un proche résidant en France Métropolitaine, Principautés d'Andorre ou de Monaco, désigné par vous,
- ✓ **Soit** d'organiser et de prendre en charge le voyage aller et retour d'un proche résidant en France Métropolitaine ou Principauté de Monaco, désigné par vous, afin qu'il se rende à votre domicile pour assurer la garde des animaux domestiques.

Quel que soit votre choix, le montant de notre prise en charge ne peut excéder 229 € TTC.

Les frais de garde, de nourriture et de cage des animaux restent à votre charge.

Les frais de retour des animaux domestiques au domicile ne sont pas pris en charge.

Cette prestation de service est soumise aux conditions de transport, d'accueil et d'hébergement exigées par les prestataires et chenils sollicités par nous (vaccinations à jour, caution...) Elle sera rendue sous réserve que vous même ou qu'une personne autorisée par vous puisse accueillir, chez vous, le prestataire sollicité afin de lui confier l'animal.

AIDE MENAGERE

Vous êtes hospitalisé plus de 24 heures suite à un évènement garanti.

Nous organisons et prenons en charge, dans la limite des disponibilités locales, une aide ménagère pour vous épauler lors de votre retour au domicile, et ce, à concurrence de **305 € TTC**.

Cette personne vous assistera à raison de **4 heures** minimum consécutives par jour, réparties dans les sept jours suivant le retour au domicile, du lundi au vendredi, hors jours fériés, dans une tranche horaire de 8h00 à 19h00.

Nous ne pouvons en aucun cas nous porter garant de la qualité des prestations et voir notre responsabilité engagée à ce titre.

TRANSMISSION DE MESSAGES

Vous êtes hospitalisé suite à un évènement garanti survenu à votre domicile et vous devez communiquer un message urgent à un proche en France.

Nous transmettons le message si vous êtes dans l'impossibilité de le faire.
Les messages transmis ne peuvent revêtir de caractère grave ou délicat.

Les messages restent sous la responsabilité de leurs auteurs qui doivent pouvoir être identifiés, et n'engagent qu'eux. Nous ne jouons que le rôle d'intermédiaire pour leur transmission.

ARTICLE 5 – EXCLUSIONS DE L'ASSISTANCE SANTE

Ne donnent pas lieu à notre intervention :

- ✓ **Une hospitalisation du bénéficiaire d'une durée inférieure à 24 heures consécutives,**
- ✓ **les états de grossesse, à moins d'une complication imprévisible, et dans tous les cas, les états de grossesse au-delà du 6ème mois,**
- ✓ **l'accouchement ou ses suites à moins d'une complication imprévisible,**
- ✓ **Les conséquences de soins néo et post-nataux,**
- ✓ **les événements liés à un traitement médical ou à une intervention chirurgicale qui ne présenteraient pas un caractère imprévu, fortuit ou accidentel,**
- ✓ **Les maladies chroniques et l'invalidité ou infirmité préexistante,**
- ✓ **L'usage de médicaments ou de toute substance hors prescription médicale, ainsi que l'abus d'alcool,**
- ✓ **Le suicide ou la tentative de suicide, toute mutilation volontaire du bénéficiaire**

INFORMATIONS PRATIQUES

Nous mettons à votre disposition un service fonctionnant sans interruption 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7. Les prestations de renseignement et d'information sont fournies aux jours ouvrables, entre 9H00 et 21H00, dans les délais normalement nécessaires à la satisfaction de la demande.

Les informations communiquées sont des renseignements à caractère documentaire visés par l'article 66.1 de la loi modifiée du 31 décembre 1971.

Elles ne constituent pas des consultations juridiques ni médicales.

Nous recherchons et communiquons au bénéficiaire des informations à caractère général dans les domaines suivants :

ALLO FINANCES

- ✓ **Fonctionnement et observatoire des produits financiers**
 - Valeurs mobilières
Actions, obligations, OPVCM, PEA, certificats d'investissement, bons du trésor...
 - Produits d'épargne et de retraite
PEP, PEL, CODEVI, livrets A et B, livrets d'épargne entreprise, assurance vie...
 - Valeurs immobilières
Le marché immobilier, la pierre, le viager.....
 - Crédits
Crédits de trésorerie, crédits immobiliers, crédits automobiles...
 - Services bancaires
Le découverts, les dates, les valeurs, les chèques et cartes bancaires, les prélèvements...
- ✓ **Environnement économique et financier**
 - Le marché financier et ses intervenants
Le marché primaire, le marché secondaire, le règlement mensuel, le marché au comptant.....

- Actualité économique des entreprises
Fusion, participation, augmentation de capital, orientation et stratégie...
- L'entreprise en bref et les chiffres clés
Capital, tour de table, dirigeants, activité, CA, production, résultats nets, fonds de roulement, trésorerie, actif....
- Ratios économiques et financiers
Investissement, productivité, financement et structure de bilan....
- Cotations et historiques, lexique des termes bancaires et boursiers

ALLO BIEN-ETRE

- ✓ La santé, les vaccinations, la mise en forme, la diététique, la périculture, les problèmes de l'enfance...

INFO EMPLOI

- ✓ Le droit social
Les relations avec l'employeur, les droits, le harcèlement...

ALLO BRICOLAGE

- ✓ La réparation, les travaux d'entretien, les aménagements domestiques...

INFORMATIONS SANTE

- ✓ numéros de téléphone d'urgence,
- ✓ vaccinations, hygiène, prévention, diététique,
- ✓ associations spécialisées,
- ✓ centres de cure,
- ✓ centres hospitaliers, centres de soins, de convalescence,
- ✓ établissements spécialisés,
- ✓ précautions à prendre en cas de voyage selon les pays visités.

INFORMATIONS «HABITATION»

- ✓ la construction, l'accession à la propriété,
- ✓ la location, les problèmes de voisinage etc.

COMMUNICATION DE COORDONNEES DE PRESTATAIRES DANS LES DOMAINES DE

- ✓ l'entretien courant,
- ✓ le dépannage et la révision d'équipements divers, chauffage, plomberie,
- ✓ la modification, l'aménagement de combles, les extensions diverses, la décoration...

COMMUNICATION D'INFORMATIONS POUR L'AIDE AU DEMENAGEMENT

- ✓ les démarches traditionnelles à effectuer vis à vis des Administrations, assurances, des structures locales disponibles, écoles, crèches, dispensaires, activités culturelles...
- ✓ sociétés de déménagement, loueurs de véhicules utilitaires

ARTICLE 6 – EXCLUSIONS GENERALES

Ne donnent pas lieu à notre intervention :

- ✓ Les prestations qui n'ont pas été demandées et/ou qui n'ont pas été organisées par Mutuaide Assistance ou avec son accord,
- ✓ Les conséquences et/ou dommages survenant dans les pays en état de guerre, civile ou étrangère, déclarée ou non, les pays touchés par des tremblements de terre, éruptions volcaniques, raz de marée ou autres cataclysmes.
- ✓ Les conséquences et /ou dommages résultant d'infractions à la législation française ou étrangère.
- ✓ L'utilisation par le bénéficiaire d'appareils de navigation aérienne, d'engins de guerre et armes à feu.
- ✓ La participation du bénéficiaire à des paris, rixes (sauf cas de légitime défense).
- ✓ Les dommages résultant d'une faute intentionnelle ou dolosive du bénéficiaire conformément à l'art. L 113-1 du Code des Assurances.
- ✓ Les frais de restauration,

La responsabilité de MUTUAIDE ASSISTANCE ne peut en aucun cas être engagée pour des manquements ou contretemps à l'exécution de ses obligations qui résulteraient de cas de force majeure, ou d'événements tels que guerres civiles ou étrangères, révolutions, mouvements populaires, émeutes, grèves, saisies ou contraintes par la force publique, interdictions officielles, pirateries, explosions d'engins, effets nucléaires ou radioactifs, empêchements climatiques.

Dans l'exécution de ses obligations, MUTUAIDE ASSISTANCE ne sera pas tenue d'intervenir dans les cas de sinistre résultant d'événements tels que ceux précités, y compris ceux d'origine naturelle.

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

ARTICLE 7 – REGLES DE FONCTIONNEMENT

Seul l'appel téléphonique du bénéficiaire au moment de l'événement permet la mise en oeuvre des prestations d'assistance.

Dès réception de l'appel, MUTUAIDE ASSISTANCE, après avoir vérifié les droits du demandeur, organise et prend en charge les prestations prévues dans la présente convention.

Pour bénéficier d'une prestation, MUTUAIDE ASSISTANCE peut demander au bénéficiaire de justifier de la qualité qu'il invoque et de produire, à ses frais, les pièces et documents prouvant ce droit.

MUTUAIDE ASSISTANCE ne peut en aucun cas se substituer aux organismes locaux de secours d'urgence. Elle intervient dans la limite des accords donnés par les autorités locales.

Tout bénéficiaire subroge MUTUAIDE ASSISTANCE à concurrence des sommes prises en charge, dans ses droits et obligations contre tout tiers responsable.

ARTICLE 8 – CONDITIONS DE REMBOURSEMENT

Les remboursements au bénéficiaire ne peuvent être effectués par MUTUAIDE ASSISTANCE que sur présentation des factures originales acquittées correspondant à des frais engagés avec son accord.

Les demandes de remboursement doivent être adressées à :

**MUTUAIDE ASSISTANCE
Service Gestion des Sinistres
8-14, Avenue des Frères Lumière
94366 BRY SUR MARNE CEDEX**

Le bénéficiaire doit respecter strictement les modalités d'application attachées à la mise en oeuvre des prestations.

◇ ◇ ◇ ◇ ◇ ◇ ◇ ◇ ◇ ◇ ◇ ◇

La gestion des prestations est confiée à MUTUAIDE ASSISTANCE, entreprise régie par le Code des Assurances. S.A. au capital de 4.590.000 € - 383 974 086 RCS Créteil

◇ ◇ ◇ ◇ ◇ ◇ ◇ ◇ ◇ ◇ ◇ ◇