

Notice d'information > Complémentaire santé
Doc. EA/NOTICE/SANTE/1010



^
Santé

ASSURÉ@.fr



Notice d'information de votre Complémentaire Santé Euro-assurance

Elle est relative :

- **au contrat d'assurance de groupe n° 4580457604.**

Elle définit les garanties d'assurance et leurs conditions d'application.

Elle précise également les règles qui régissent l'existence et le fonctionnement du contrat, en particulier, les droits et obligations réciproques.

- **à la convention d'assistance n° 920.988** qui décrit les prestations d'assistance et les modalités d'intervention.

Le contrat d'assurance et la convention d'assistance sont souscrits par l'Association ACADIA (Association Loi 1901) Déclaration à la Préfecture de Bobigny n° 97833, 96 Quarter rue des Berthauds - 93110 ROSNY SOUS BOIS

L'Association **ACADIA** est un organisme à but non lucratif dont la seule vocation est de défendre les intérêts de ses membres. Elle permet notamment à ses Adhérents de bénéficier d'une couverture d'assurance complémentaire de Frais de Santé à des conditions exclusives.

Le contrat d'assurance est commercialisé et géré par :

Euro-Assurance

Siège social :

6 rue Gracchus Babeuf, 93131 Noisy-le-Sec cedex, France

- www.euro-assurance.com

S.A.S. au capital de 500.000,00 € - R.C.S. de Bobigny

-SIRET n° 682 021 274 00043 - APE : 6622 Z

Société de Courtage d'assurances soumise à l'autorité de l'A.C.P. (Autorité de Contrôle Prudentiel), 61 rue Taitbout, 75436 Paris cedex 09, France - www.acam-france.fr

Inscription O.R.I.A.S n° 07 003 157 - www.orias.fr

Les garanties d'assurance sont accordées par :

MGARD-Mutuelle Générale d'Assurance de Risques Divers

Société d'assurance mutuelle à cotisations fixes. Entreprise régie par le Code des Assurances

Siège social : 103-105 rue des trois Fontanot - 92022 NANTERRE

CEDEX

SIREN 429 404 510

Opérations d'assurances exonérées de TVA - Art. 261-C CGI

Les prestations d'assistance sont couvertes par :

MONDIAL ASSISTANCE FRANCE

Société Anonyme au capital de 1 377 000 euros,

siège social : 2 rue Fragonard - 75017 PARIS

351 431 937 RCS PARIS

PARTIE I :

LES GARANTIES D'ASSURANCE

Le contrat d'assurance Santé Euro-assurance est un contrat complémentaire santé collectif à adhésion facultative. Sa souscription est réservée aux membres adhérents de l'Association ACADIA ci-après dénommés les Adhérents.

Le contrat est régi par le Code des Assurances.

L'autorité chargée du contrôle de l'Assureur est la Commission du Contrôle Prudentiel située 61 rue Taitbout 75436 Paris cedex 09.

TITRE I : LES DISPOSITIONS GENERALES

I. OBJET

Le contrat a pour objet de garantir le remboursement total ou partiel des dépenses de santé consécutives à une maladie, un accident ou une maternité en complément des prestations versées par les régimes obligatoires d'assurance maladie dans les limites et conditions décrites ci-après.

Il est établi sur la base des déclarations faites par l'Association et par ses Adhérents.

Sauf en cas de réticence, omission ou déclaration fautive ou inexacte faite de mauvaise foi, l'Adhérent une fois admis ne peut être exclu de l'assurance contre son gré, tant qu'il fait partie de l'assurance du groupe et à la condition que la cotisation ait été encaissée.

Les garanties santé du contrat Santé Euro-assurance répondent au dispositif du contrat responsable tel que défini à l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité Sociale et son décret d'application.

Conformément à l'article L.114-1 du Code des Assurances, toute action concernant l'application de votre contrat ne peut être engagée au-delà de deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

La prescription peut être interrompue par des causes ordinaires d'interruption ainsi que dans les cas suivants :

- a- désignation d'un expert à la suite d'un sinistre,
- b- envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception (la date du cachet de la poste faisant foi) 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 la prestation.
- c- citation en justice.

II. INFORMATION DES ADHERENTS

L'Association s'engage à remettre à chaque Adhérent :

- la présente notice d'information précisant les règles qui régissent l'existence et le fonctionnement du contrat d'assurance, en particulier les droits et obligations réciproques ;
- un certificat d'adhésion établi à partir des renseignements fournis au moment de la souscription. Il précise l'identité des personnes assurées -ci-après dénommées les bénéficiaires-, la nature et le contenu des modules de garanties et leurs niveaux respectifs ainsi que les éventuelles options sélectionnées.

- les statuts de l'Assureur de l'Association.
La preuve de la remise de ces documents incombe à l'Association.

En cas d'adaptation des garanties et du tarif du contrat, l'Association informera les adhérents au moins 3 mois avant la date d'effet de ses événements (article L141-4 du Code des Assurances). En cas de résiliation, l'Association informera les Adhérents au moins 2 mois avant la date d'effet de celle-ci.

Si l'Adhérent souhaite obtenir des précisions sur les clauses et conditions d'application du contrat, il peut le faire en s'adressant à son intermédiaire en assurance.

En cas de difficulté relative à l'interprétation ou à l'exécution du contrat, l'Adhérent peut adresser sa réclamation à :

EURO-ASSURANCE
Service Consommateur
6 Rue Gracchus Babeuf
93131 NOISY LE SEC Cedex

En cas de désaccord définitif, l'Adhérent a la faculté de faire appel au Médiateur, un professionnel de l'assurance indépendant. Euro-Assurance lui indiquera, sur simple demande, les coordonnées et ceci sans préjudice des autres voies d'actions légales.

III. TERRITORIALITE

La garantie s'exerce en France métropolitaine .

Sauf dispositions contraires, elle est subordonnée à la prise en charge des dépenses de santé par le régime légal d'assurance maladie obligatoire du bénéficiaire.

Les soins dispensés à l'occasion d'un déplacement à l'étranger ne sont couverts qu'en complément des prestations versées par le régime légal du bénéficiaire.

Les règlements sont effectués en France et en euros.

IV. ADMISSION A L'ASSURANCE

IV-1 Admissibilité :

Sont admissibles à l'assurance les Adhérents de l'Association ACADIA présentés par Euro-Assurance ainsi que les membres de leur famille (conjoint, concubin ou pacsé, les enfants de l'Adhérent ou du conjoint ou tiers assuré fiscalement à charge) dès lors que chacun d'entre-eux est affilié à un régime légal d'assurance maladie obligatoire français et qu'il répond aux conditions d'âge fixées au paragraphe XI.

IV-2 Admission :

En vue de bénéficier de l'assurance, tant pour lui-même que pour les membres de sa famille proposés à l'assurance, l'admissible doit :

- répondre à la demande de renseignements de l'Assureur ;
- aux conditions d'âge prévues au paragraphe X.
- et être à jour de ses cotisations.

Tous les membres d'une même famille doivent s'inscrire sous la même adhésion.

Les membres Adhérents non salariés non agricoles pouvant bénéficier du régime fiscal prévu par la loi n° 94-126 du 11 février 1994 dite Loi Madelin doivent également justifier qu'ils sont à jour du paiement des cotisations au titre des régimes obligatoires d'assurance maladie et d'assurance vieillesse en produisant avec leur demande d'adhésion, une copie de leur carte d'assuré social en cours de validité ainsi que l'attestation délivrée par la Caisse d'Assurance Vieillesse.

En cas de déclaration inexacte ou de non-respect de cette obligation, l'adhésion est entachée de nullité et des peines sanctionnant cette infraction sont encourues tant par l'Assureur que par l'Assuré (Article L 652-4 et R 652-1 du Code de Sécurité Sociale).

Les demandes d'adhésion sont reçues par Euro-Assurance avec les éléments nécessaires à la mise en vigueur de l'adhésion.

L'Assureur se réserve la possibilité de demander tout justificatif.

Les personnes admises à l'assurance ont la qualité de bénéficiaires. Elles sont désignées nominativement au certificat d'adhésion.

L'admission d'un bénéficiaire en cours d'adhésion est possible sous réserve de satisfaire aux conditions d'admissibilité énoncées ci-dessus.

IV-3 Date d'effet et durée de l'adhésion au contrat :

L'adhésion prend effet au jour de la réception de la demande d'adhésion par Euro-Assurance. Cette date est précisée au certificat d'adhésion.

L'adhésion est souscrite pour une durée allant de la date d'effet de l'adhésion au dernier jour du mois précédant la date d'échéance principale de l'adhésion indiquée au certificat d'adhésion.

Elle est ensuite reconduite automatiquement d'année en année à compter de la date de l'échéance principale mentionnée au certificat d'adhésion.

Les garanties sont accordées à partir des éléments que l'Adhérent principal a déclarés de bonne foi sur son certificat d'adhésion. Dans le cas contraire, l'Assureur se réserve le droit d'invoquer la nullité de l'adhésion sans remboursement des cotisations.

Il n'existe pas d'adhésion à effet rétroactif sauf pour l'enfant nouveau-né ou adopté inscrit dans les 2 mois de sa naissance ou adoption.

IV-4 Faculté de renonciation :

Applicable uniquement en affaire nouvelle et en cas de démarchage dans les conditions fixées par l'article L112.9 du Code des assurances ou de souscription à distance.

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.

Modèle de lettre type de renonciation :

Je soussigné(e)

(nom, prénom et numéro d'adhérent),

demeurant à, renonce à mon contrat N°
(nom et numéro de contrat) **souscrit auprès** *(nom de l'Assureur)*

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

La lettre doit être envoyée par lettre recommandée avec demande d'avis de réception à Euro-Assurance Service Santé.

V. CESSATION DE L'ADHESION

L'adhésion prend fin pour chaque Adhérent à compter de la date à laquelle :

- il perd sa qualité d'Adhérent à l'Association ACADIA dans les conditions prévues à ses statuts ;
- il n'est plus affilié à un régime français légal d'assurance maladie obligatoire.

L'Adhérent peut mettre fin à l'adhésion :

- chaque année au moins 2 mois avant la date d'échéance principale de l'adhésion ;
- dans les 3 mois suivant une modification de la situation telle que décrite au paragraphe VI -lorsque celle-ci a un effet sur les risques garantis par le contrat défini dans les articles L.113-16 et R.113-6 du Code des Assurances ;
- pour tout assuré qui peut bénéficier de la CMU complémentaire.

Comment ? La demande de résiliation doit intervenir par lettre recommandée avec accusé de réception adressée à Euro-Assurance Service Santé et indiquer la nature et la date de l'événement accompagnée des pièces justificatives.

L'adhésion prend effet un mois après notification à Euro-Assurance Service Santé.

L'Assureur peut mettre fin à l'adhésion :

- si une cotisation n'a pas été versée à l'expiration d'un délai de dix jours après la date d'échéance, l'assuré recevra une lettre recommandée de mise en demeure.

Si la cotisation n'est pas intégralement payée dans un délai de quarante jours après l'envoi de ce pli recommandé, son adhésion sera résiliée.

Les coûts d'établissement et d'envoi de la lettre recommandée de mise en demeure sont à la charge de l'Adhérent.

- en cas de fausse déclaration, omission ou inexactitude de la part de l'Adhérent.

L'adhésion cesse de plein droit à effet immédiat en cas de décès de l'Adhérent et pour tous les bénéficiaires qui s'y rattachent.

Les soins dispensés ou les dépenses engagées après la date de cessation de l'adhésion sont exclus de la garantie.

VI. OBLIGATION D'INFORMATION

Pour l'Adhérent :

Chaque Adhérent doit, par écrit, informer Euro-Assurance Service Santé et justifier auprès de lui dans le mois de la survenance d'un des évènements suivants : changement de nom, changement de domicile, changement de situation matrimoniale, changement de régime social, changement de composition de la famille et changement de coordonnées bancaires si la cotisation fait l'objet d'un prélèvement automatique.

En effet, une déclaration intentionnelle fautive ou incomplète, une réticence, une omission ou inexactitude dans la déclaration du risque entraîne l'application des sanctions prévues par les articles L113-8 et L113-9 du Code des Assurances.

Pour le Délégué de gestion de l'Assureur :

L'Adhérent peut demander communication et rectification de toute information le concernant qui figurerait sur tout fichier à l'usage d'Euro-Assurance, des assureurs, réassureurs et des organismes professionnels concernés (Loi Informatique et Liberté 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée).

TITRE II : LES GARANTIES

VII. LES DEFINITIONS PRINCIPALES

Accident :

Toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part du bénéficiaire et provenant de l'action soudaine d'une cause extérieure. Par extension les intoxications alimentaires et les fausses-couches sont considérées comme un accident.

Maladie :

Toute altération de la santé constatée par une autorité médicale compétente. (Sont également considérées comme maladie : les infarctus du myocarde, l'accident vasculaire cérébral, les ruptures d'anévrisme, les syncopes, les crises d'épilepsie sauf si elles sont la conséquence directe d'un accident).

Année d'assurance :

Période comprise entre deux échéances principales consécutives.

Bénéficiaire :

On comprend bénéficiaire par l'Adhérent et ses ayants-droits désignés au contrat soit l'Adhérent, son conjoint, concubin ou pacsé, les enfants de l'Adhérent ou du conjoint ou tiers assuré fiscalement à charge.

Ostéopathes, chiropracteurs et étioopathes

Consultations délivrés par des professionnels inscrits au SIRET et présents sur une liste dressée par le représentant de l'Etat dans le département de leur résidence professionnelle en application de l'article 75 de la loi n°2002-303 du 4 mars 2002.

Vaccin non remboursé

Vaccins et rappels médicalement prescrits et non remboursés par le régime obligatoire (vaccin anti-grippe et vaccins obligatoires ou recommandés des séjours à l'étranger).

Contraception

Ensemble des moyens de contraception mis à disposition des bénéficiaires prescrits médicalement et non remboursés par le régime obligatoire : pilules, patch, anneau, stérilet, implant, ... et non prescrits : contraception d'urgence et du préservatif.

Panier de soins en auto médication

Ensemble de médicaments d'auto médication répertoriés

Hospitalisation :

Tout séjour soit en ambulatoire, soit d'au moins 24 h dans un établissement de soins public ou privé **conventionné** :

▶ dit de court séjour incluant les soins de courte durée ou le traitement des affections pendant leur phase aiguë en médecine, chirurgie, obstétrique, odontologie ou psychiatrie ;

▶ dit de moyen séjour incluant les soins nécessaires au rétablissement du bénéficiaire dans le cadre d'un traitement ou d'une surveillance médicale.

On comprend aussi l'hospitalisation à domicile et l'hospitalisation de jour.

Forfait de gestion (option ECO)

Montant forfaitaire annuel en euros par bénéficiaire qui restera à la charge de chaque bénéficiaire.

Les remboursements sont calculés et réglés lorsque le cumul de ces remboursements dépasse le montant du forfait de gestion annuel.

Frais d'accompagnant

Frais d'hébergement ou de repas engagés par l'accompagnant désigné par l'Adhérent et liés à une hospitalisation en cours dont la prise en charge a été délivrée.

Cette prestation est délivrée 20 jours par an et par bénéficiaire.

Implants dentaires :

L'implant dentaire est une racine artificielle ancrée dans l'os de la mâchoire par un implantologue. Il sert à remplacer la racine d'une dent abîmée ou arrachée et à soutenir une prothèse.

Régime Obligatoire (RO) :

Régime légal d'assurance maladie obligatoire.

Tarif de convention ou de responsabilité ou Base de Remboursement :

Tarifs de référence déterminés conventionnellement ou par les Pouvoirs Publics fixant la valeur des actes et fournitures médicaux servant de base au calcul des prestations des régimes obligatoires.

Délai d'attente :

Période décomptée entre la date de la prise d'effet de l'adhésion au contrat et la date d'entrée en vigueur effective de la garantie.

Ticket modérateur :

Fraction du tarif de référence qui reste à la charge du bénéficiaire après intervention du Régime Obligatoire.

Supplément de remboursement :

Correspond à un montant forfaitaire alloué par an à chaque bénéficiaire en complément ou non d'une prestation dentaire ou optique remboursée par le RO, limité comme indiqué au certificat d'adhésion.

Bonus fidélité :

Le montant du supplément de remboursement sur les modules dentaires et optique est revalorisé en 2^{ème} année et 3^{ème} année du contrat. Le montant de la 3^{ème} année est appliqué les années suivantes.

Le nombre d'années est calculé à partir de la date d'effet du contrat de l'Adhérent dans la garantie souscrite.

Les bonus ne sont pas cumulables d'année en année, ni reportables.

VIII. L'INVENTAIRE SYNTHETIQUE DES MODULES ET DES NIVEAUX DE GARANTIES

L'Adhérent a accès, dans les conditions précisées ci-après, à 4 modules de garanties définis ci-dessous :

-Module 1 : concerne les soins courants (honoraires médicaux, paramédicaux), la pharmacie et la prévention.

-Module 2 : concerne les soins et la prothèse dentaire ainsi que l'orthopédie dento-faciale.

-Module 3 : concerne l'optique, l'orthopédie et les appareillages.

-Module 4 : concerne l'hospitalisation médicale et chirurgicale, la maternité et les cures thermales.

Chaque module comporte plusieurs niveaux de garanties.

La détermination des garanties, leurs modalités d'application, le contenu des modules et des niveaux de garanties sont décrits au certificat d'adhésion correspondant à la situation particulière de l'Adhérent.

IX. DESCRIPTION DE L'OPTION ECO (forfait de gestion)

Selon mention faite au certificat d'adhésion, si l'Adhérent opte pour l'option ECO : l'indemnisation n'intervient qu'après consommation du forfait de gestion annuel.

Ce forfait de gestion est un montant forfaitaire annuel en euros par bénéficiaire qui restera à la charge de chaque bénéficiaire.

Le montant du forfait de gestion est identique pour chacun des bénéficiaires.

Quelle que soit la date d'entrée des bénéficiaires au contrat, il est valable pour une durée allant de la date d'effet de l'adhésion au dernier jour du mois précédant la date d'échéance principale de l'adhésion indiquée au certificat d'adhésion. Puis il est reconduit d'année en année.

Les remboursements sont calculés et réglés lorsque le cumul de ces remboursements dépasse le montant du forfait de gestion annuel.

Ce forfait de gestion ne s'applique pas sur les dépenses du module Hospitalisation, sur les médicaments remboursés à 65% et sur les actes de prévention remboursés par le Régime Obligatoire loi du 12/08/94.

Dans ce cas, l'Adhérent et l'ensemble des bénéficiaires ne bénéficient pas du tiers-payant.

X. LA DETERMINATION DES COMBINAISONS DES GARANTIES

La souscription des 4 modules de garanties est obligatoire.

Afin de favoriser la personnalisation des garanties, l'Adhérent dispose du choix de souscrire les 4 modules dans les conditions suivantes :

-le niveau des garanties du module 1 conditionne le choix des niveaux des modules 2, 3 et 4,

-le niveau des garanties de chacun des modules 2, 3 et 4 doit être égal ou contigu au niveau du module 1.

La combinaison des 4 modules au niveau A constitue le minimum obligatoire.

Le choix des 4 modules s'applique à l'ensemble des bénéficiaires d'une adhésion au contrat.

XI. LES CONDITIONS D'ACCES AUX MODULES ET AUX NIVEAUX DES GARANTIES

Les limites d'âges à l'adhésion précisées ci-dessous s'appliquent à chaque niveau de garanties correspondant à chacun des 4 modules souscrits par l'Adhérent.

Tableau résumé des limites d'âge

4 MODULES DE GARANTIES	NIVEAUX DE GARANTIES			
	A	B	C	D
1 soins courants et pharmacie	Sans limite d'âge			80 ans
2 dentaire				
3 optique et appareillages				
4 hospitalisation, cures thermales, maternité				

L'âge de chaque bénéficiaire est l'âge réel au moment de l'adhésion.

La détermination des garanties, leurs modalités d'application, le contenu des modules et des niveaux de garanties sont décrits au certificat d'adhésion correspondant à la situation particulière de l'Adhérent.

XII. LES DELAIS D'ATTENTE

Aucun délai d'attente n'est prévu pour tous les soins dispensés ou les dépenses engagées à compter de la date de prise d'effet de l'adhésion au contrat à l'exception de :

Tableau résumé de prise d'effet des garanties

4 MODULES DE GARANTIES	NIVEAUX DE GARANTIES			
	A	B	C	D
1 soins courants et pharmacie	Sans délais d'attente			
2 dentaire				
3 optique et appareillages				
4 hospitalisation ⁽¹⁾ cures thermales ⁽²⁾ , maternité ⁽³⁾ ,	3 mois sauf accident			

⁽¹⁾ seuls les séjours qui débutent à l'expiration du délai d'attente sont garantis. Les séjours commencés avant cette date ne sont pas couverts, quelle que soit leur durée.

⁽²⁾ pour les prestations « cure thermique » un délai d'attente de 6 mois est conservé.

⁽³⁾ l'indemnité de naissance ou d'adoption prévue au contrat est versée à la condition que :

▶ la période de garantie l'adhésion ait été souscrite au moins 9 mois avant la date de naissance ou d'adoption ;

▶ l'enfant soit inscrit à l'assurance dans les 2 mois qui suivent l'événement.

Cette indemnité est doublée en cas de naissance multiple.

Les cas de dérogation où la garantie s'applique immédiatement quelle que soit la garantie sont :

- **en cas de reprise**, d'une adhésion auprès d'un précédent Assureur dans la limite des anciennes garanties ou d'adhésion à la suite d'une sortie « CMU » et sous réserve :

▶ de la présentation d'un certificat de radiation décrivant les garanties acquises ou de la justification de fin de droit CMU.

▶ que la précédente adhésion ait été souscrite pour une durée au moins égale à 1 an ;

▶ et que l'interruption des garanties soit inférieure ou égale à 2 mois.

- **en cas d'accident**, la preuve du caractère accidentel incombe aux bénéficiaires ;

- en cas d'adhésion de bénéficiaires dans les cas suivants : mariage, pacs ou changement de régime.

- **pour l'enfant nouveau-né ou adopté** dès lors que son inscription à l'assurance est demandée à Euro-Assurance Service Santé dans les 2 mois qui suivent la naissance ou la date de jugement de l'adoption. Dans ce cas, la date de prise d'effet de l'adhésion correspond au jour de la naissance ou de l'adoption.

- **en cas de changement de garantie.**

La détermination des garanties, leurs modalités d'application, le contenu des modules et des niveaux de garanties sont décrits au certificat d'adhésion correspondant à la situation particulière de l'Adhérent.

XIII. LES MODIFICATIONS DE GARANTIE EN COURS D'ADHESION

Changement de garantie et d'option

Toute demande de modification de formule de garantie **et/ou d'option** ne peut se faire qu'à l'échéance principale. Elle doit être effectuée par courrier daté et signé adressé par l'Adhérent à Euro-Assurance Service Santé.

Elle doit être adressée au plus tard dans les 30 jours qui précèdent la date d'échéance principale de l'adhésion. Sous réserve de l'accord de l'Assureur, ce changement prendra effet à compter du premier jour du mois suivant. Elle fera l'objet, à cette date, d'un avenant d'adhésion.

Cette demande est recevable à la condition de satisfaire aux limites d'âges prévues au paragraphe X.

En cas d'augmentation de garantie, la nouvelle adhésion est exonérée des délais d'attente prévus au paragraphe XI.

Il ne sera accepté qu'une demande de modification tous les 2 ans.

Changement de domicile

Le changement de domicile doit être signalé par écrit et justifier dans les 3 mois de sa survenance.

Ce changement peut entraîner un ajustement de la cotisation. Le défaut de déclaration peut être sanctionné par un rappel de cotisations.

Changement de régime obligatoire

Le changement de régime doit être signalé par écrit et justifier dans les 3 mois de sa survenance.

Ce changement peut entraîner un ajustement de la cotisation. Le défaut de déclaration peut être sanctionné par un rappel de cotisations.

Suppression de bénéficiaires

La demande de suppression doit être signalée par écrit. Toute suppression de bénéficiaire doit être dûment justifiée et ne peut intervenir qu'à l'échéance principale. En cas de décès, l'adhésion cesse de plein droit à effet immédiat.

XIV. LES EVENEMENTS NON GARANTIS

La garantie de l'Assureur n'est pas acquise :

- les actes non reconnus par les régimes obligatoires sauf actes prévus dans le tableau des garanties ;
- les actes ou soins ayant une date de soins ou d'achat antérieurs à l'adhésion ;
- les actes ou soins ayant une date de soins ou d'achat postérieurs à la résiliation sauf celles pour lesquelles les droits étaient antérieurement réunis.
- les actes ou soins ayant débuté pendant la période délais d'attente ;
- les demandes de remboursement présentées au-delà de 2 ans à date des soins ;
- les soins engagés à l'étranger sans prise en charge du régime obligatoire ;
- les traitements médicaux ou chirurgicaux à caractère esthétique non consécutif à un accident garanti ;
- les séjours dans les établissements ou les services :
 - ▶ dits de long séjour incluant les soins de longue durée comportant un hébergement pour les personnes n'ayant pas leur autonomie de vie et dont l'état nécessite une surveillance médicale constante et des traitements d'entretien ;
 - ▶ spécialisés dans les traitements et cures de rajeunissement et du sommeil, amaigrissement, désintoxication alcoolique, de stupéfiants et autres substances d'addiction, thalassothérapie ;
- les établissements médico-sociaux ;
- les séjours dans les établissements non conventionnés ;
- les actes dentaires, l'équipement optique et tous soins garantis au titre du contrat ne donnant pas lieu à un remboursement du RO seront pris en charge au titre de la garantie seulement s'ils sont réalisés ou achetés en France métropolitaine et DOM ;
- en dentaire :
 - ▶ toute demande de remboursement d'implant dentaire formulée avant la phase de la pose du pilier prothétique ne peut donner lieu au paiement du supplément de remboursement ;
 - ▶ les couronnes provisoires sont exclues du supplément de remboursement ;
- sont exclues de toute prise en charge les lunettes et lentilles autres que correctrices.

Conformément à l'article L871-1 du Code de la Sécurité Sociale et ses textes d'application, les garanties du présent contrat dits responsables ne prennent pas en charge, quelle que soit la formule choisie :

- la participation forfaitaire et les franchises médicales prévues aux paragraphes II et III de l'article L.322-2 du Code de la Sécurité sociale ;
- les pénalités consécutives au hors parcours de soins :
 - soit la majoration du ticket modérateur à la charge des bénéficiaires en cas d'absence de désignation d'un médecin traitant ou les dépassements d'honoraires résultant du non-respect du parcours de soins ;
 - les actes et prestations pour lesquels le bénéficiaire n'aurait pas accordé l'autorisation au professionnel de santé de consulter son dossier médical personnel et de le renseigner .

TITRE III : LE REGLEMENT DES PRESTATIONS

XV. LES MODALITES DE REGLEMENT

Tout dossier de demande de remboursement est à adresser :

par courrier au

EURO-ASSURANCE
Service Santé
6 rue Gracchus Babeuf
93131 NOISY LE SEC CEDEX
01.49.15.74.00
01.49.15.19.94
sante@euro-assurance.fr

ou par téléphone :
 ou par fax :
 par mail :

Dès lors que l'Adhérent en fait la demande, il peut bénéficier du service de la télétransmission de ses décomptes de prestations chaque fois qu'un accord en ce sens a été conclu entre sa caisse d'assurance maladie obligatoire et le délégataire de gestion.

En absence de télétransmission volontaire ou défaillante, l'Adhérent doit transmettre les originaux des décomptes de règlement du régime obligatoire au plus tard dans l'année qui suit.

Le paiement des prestations est effectué, dans les meilleurs délais à partir de la réception des documents justificatifs.

Les remboursements des prestations sont versés par virement au bénéficiaire principal désigné au contrat.

Le paiement des prestations est effectué en France et en euros.

Attention : le délai de forclusion est fixé à 2 ans pour l'ensemble des prestations à compter de la date des soins.

L'Assureur peut demander tout justificatif (facture, prescription, note d'honoraires...) ou tout renseignement complémentaire (d'ordre administratif ou médical).

Si l'Adhérent considère que la fourniture de ces documents revêt un caractère confidentiel, il peut les adresser directement au Médecin Conseil en rappelant les références de son adhésion.

La non-fourniture des justificatifs ou des renseignements demandés entraîne le non-règlement des prestations.

L'Adhérent doit fournir les justificatifs supplémentaires suivant :

- les factures détaillées acquittées comportant le numéro d'identification du professionnel de santé (FDA)
- les prescriptions médicales (PM)
- les détails des dépenses ou travaux devisés(D)

En cas de prestation telles que :

Consultation ostéopathes, chiropracteurs, étiopathes	FDA
Forfait automédication	FDA
Sevrage tabagique	FDA + PM
Traitement anti-paludéen	FDA + PM
La contraception prescrite	FDA + PM
La contraception d'urgence et préservatifs	FDA
Vaccins	FDA + PM
Travaux dentaires nécessitant la pose de prothèses hors nomenclature, les soins de parodontologie ou d'implantologie, l'orthodontie refusée ;	FDA + PM +D
L'opération de la myopie	FDA+PM
Les prothèses auditives	FDA+PM
les dépassements d'honoraires	FDA
les frais d'accompagnement	FDA
les cures thermales	FDA
Les dépassements d'honoraires chirurgicaux	FDA

Les justificatifs sont à la charge de l'Adhérent.

En cas d'hospitalisation dans un établissement conventionné, l'Adhérent peut bénéficier de la prise en charge des frais laissés à sa charge après intervention de son régime légal d'assurance maladie obligatoire. Le délégataire réglera dans la limite des garanties du contrat le montant de la participation de

l'Assureur directement auprès de l'établissement concerné : les frais en secteur conventionné pour le ticket modérateur, le forfait hospitalier, le TMF ou la chambre particulière.

Pour la maternité : joindre un extrait d'acte de naissance ou une copie du livret de famille.

En cas d'accident d'un bénéficiaire, l'Adhérent doit préciser la nature, la date, le lieu, les circonstances de cet accident, le nom, le prénom, l'adresse du responsable supposé et si possible des témoins, en indiquant si un procès verbal a été établi par une autorité compétente.

Les prestations sont calculées selon le niveau de garantie choisi et quelle que soit le taux de prise en charge par le Régime Obligatoire.

Les garanties exprimées en forfait, supplément de remboursement ou plafond sont délivrées par année de contrat sans possibilité de report d'une année sur l'autre.

Le tiers-payant

Par ailleurs, les bénéficiaires disposent, sauf si l'option ECO (forfait de gestion) a été souscrite, de la délégation de paiement en complément de la procédure de tiers payant mise en oeuvre par le Régime Obligatoire.

A cet effet une attestation d'assurance est adressée à l'Adhérent séparément du certificat d'Adhésion. Elle sera ainsi périodiquement renouvelée sous réserve du paiement des cotisations.

L'utilisation de cette attestation n'est acquise, sous peine de poursuites, que si l'Adhérent est à jour de ses cotisations au jour de son utilisation.

La désignation de prestations sur l'attestation n'implique pas de façon systématique le service tiers payant.

Le remboursement des prestations de frais de soins occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ont un caractère indemnitaire conformément aux dispositions de l'article 9 de la loi N° 89-1009 du 31/12/1989, Loi Evin. L'indemnité ne peut excéder le montant des frais restant à charge des bénéficiaires.

XVI. L'ARBITRAGE

Les décisions de l'Assureur, prises en fonction des conclusions du médecin délégué, sont notifiées à l'Assuré par courrier recommandé ; elles s'imposent à lui s'il n'en a pas contesté le bien fondé, par lettre recommandée, dans les 2 mois suivant leur envoi, au moyen d'une attestation médicale détaillée.

En cas de désaccord entre l'Assureur et l'Adhérent (ou ses ayants-droit en cas de décès), chaque partie désignera un médecin. En cas de divergence entre ces 2 premiers médecins, ceux-ci s'en adjoignent par voie amiable ou judiciaire, un 3^{ème} pour les départager.

Les honoraires et les frais relatifs à l'intervention de chacun des 2 premiers médecins sont à la charge de la partie qui l'a désigné, ceux concernant le 3^{ème} médecin sont supportés par moitié par les 2 parties.

XVII. LA SUBROGATION

L'Assureur est subrogé dans les droits et actions du bénéficiaire contre les responsables éventuels des dommages qu'il a subi, à concurrence des prestations versées au(x) bénéficiaire(s) effectuées par lui.

TITRE IV : LES COTISATIONS

XVIII. LA FIXATION DES COTISATIONS

Le tarif est établi en fonction :

- de la formule de garanties, **des options et** du Régime Obligatoire,
- de l'âge et du sexe ;
- de la domiciliation de l'adhésion
- et du nombre de bénéficiaires au contrat en fonction de leur statut.

La cotisation annuelle est fixée à l'adhésion au contrat et payable d'avance. Elle est mentionnée au certificat d'adhésion avec le choix du fractionnement choisi.

Le premier règlement de cotisation à régler correspond à la fraction de la cotisation appelée de la date d'effet de l'adhésion jusqu'à la date du prochain règlement.

Les éventuels frais d'impayés pourront être imputés à l'adhérent.

XIX. L'EVOLUTION DES COTISATIONS

La cotisation évolue à chaque échéance principale de l'adhésion en fonction de :

- l'âge du ou des bénéficiaires sauf pour les enfants. La cotisation « enfant » est forfaitaire jusqu'à 21 ans inclus. Dès lors qu'un bénéficiaire atteint l'âge de 22 ans (en année millésime) il perd la qualité d'enfant au sens du contrat. Il lui sera appliqué au terme de son 22^{ème} anniversaire un tarif adulte correspondant à son âge.
- de l'évolution de la Consommation Médicale Totale des ménages publiée dans le rapport annuel des Comptes Nationaux de la Santé.
- suite à une modification fiscale, législative ou réglementaire qui viendrait modifier la participation des régimes obligatoires, entraînant une modification de tout ou partie des engagements de l'Assureur.
- ainsi que des résultats techniques du contrat constatés sur une année.

XX. LA REVISION DES COTISATIONS

Les cotisations sont révisées à effet immédiat lorsque la réglementation modifie les conditions contractuelles ou la portée des engagements de l'Assureur.

L'Association en informe l'Adhérent par l'envoi d'un avis d'échéance précisant le montant de la nouvelle cotisation.

En cas de désaccord, il dispose du droit de mettre fin à son adhésion en adressant à :

EURO-ASSURANCE
Service Santé
6 rue Gracchus Babeuf
93131 NOISY LE SEC CEDEX

une lettre recommandée dans les 15 jours suivant la date de réception de cet avis d'échéance. La cessation de l'adhésion prend effet 1 mois après l'expédition de cette lettre recommandée. Dans ce cas la nouvelle cotisation correspondant à la période allant jusqu'à la date de cessation de l'adhésion doit être acquittée par l'Adhérent.

- Les garanties et le tarif du contrat peuvent également être adaptés à cette nouvelle situation. L'Association ACADIA en informe l'Adhérent dans le délai prévu au paragraphe II en lui adressant un avenant au certificat d'adhésion décrivant les nouvelles garanties ainsi que le montant de la nouvelle cotisation.

En cas de désaccord, il dispose de la faculté de mettre fin à son adhésion en adressant à Euro-Assurance Service Santé une lettre recommandée dans les 15 jours suivant la date de réception de cet avenant. La garantie de l'Assureur ainsi que la cotisation correspondant à la période allant jusqu'à la date de cessation de l'adhésion est alors déterminée sur les bases de la situation précédente. Cette cotisation doit être acquittée par l'Adhérent.



PARTIE II : LES PRESTATIONS D'ASSISTANCE

Toute demande de mise en œuvre de l'une des prestations de la présente convention doit obligatoirement être formulée directement par le bénéficiaire ou ses proches auprès de MONDIAL ASSISTANCE FRANCE par l'un des moyens ci-après :

par téléphone : 01 40 25 59 68

accessible 24h/24, 7 jours / 7
sauf mentions contraires,

en indiquant :

- le nom et le n° **920.988** de la convention souscrite,
- le nom et le prénom du bénéficiaire
- l'adresse exacte du bénéficiaire,
- le numéro de téléphone où le bénéficiaire peut être joint.

Objet

La présente convention a pour objet de définir les termes et les conditions de mise en œuvre de garanties d'assistance santé accordées aux bénéficiaires du contrat Santé Euro-assurance

Définitions

Personne Bénéficiaire

Toute personne bénéficiant d'un contrat d'assistance à domicile, son conjoint, son concubin, les ascendants, descendants fiscalement à charge, vivant habituellement sous le même toit ainsi que leurs employés de maison et les enfants mineurs dont l'adhérent à la garde à titre bénévole.

Bénéficiaire

Le souscripteur du contrat Santé Euro-assurance et son conjoint de droit ou de fait ou toute personne liée au bénéficiaire par un Pacs, les enfants célibataires âgés de moins de 25 ans et les tiers-parents vivant au domicile du souscripteur et fiscalement à charge.

Membres de la famille

Ascendants et descendants au premier degré, conjoint de droit ou de fait.

Domicile

Lieu de résidence principal et habituel du bénéficiaire figurant comme domicile sur la déclaration d'impôts sur le revenu. Il est situé en France Métropolitaine.

Territorialité

Les garanties « Assistance Santé à domicile » et « Assistance Info/Conseil » s'exercent en France uniquement.

France

France métropolitaine. Les Principautés d'Andorre et de Monaco sont conventionnellement intégrées sous cette définition.

Maladie

Altération soudaine et imprévisible de la santé du bénéficiaire constatée par une autorité médicale compétente.

Accident

Altération brutale de la santé du bénéficiaire ayant pour cause un événement extérieur, soudain, imprévisible et violent et indépendant de la volonté de la victime.

Atteinte corporelle grave

Accident ou maladie à caractère imprévisible dont la nature risque d'engendrer, à brève échéance, une aggravation importante de l'état du bénéficiaire.

Accident corporel

Toute lésion corporelle provenant de l'action violente, soudaine et imprévisible d'une cause extérieure.

Les intoxications alimentaires sont assimilées à un accident.

Il est précisé que la survenance brutale d'une maladie (accident vasculaire cérébral, infarctus du myocarde, ruptures

d'anévrisme, épilepsie, hémorragie cérébrale,...) ne peut être assimilée à un accident.

Hospitalisation imprévue

Séjour imprévu, d'une durée supérieure à 24 heures, dans un établissement de soins public ou privé, prescrit médicalement, pour un traitement médical ou chirurgical suite à une atteinte corporelle grave et dont la survenance n'était pas connue du bénéficiaire avant son déclenchement.

L'Assisteur se réserve le droit de demander un bulletin confirmant l'hospitalisation avant de mettre en œuvre les prestations d'assistance.

Immobilisation au domicile

Obligation de demeurer au domicile suite à une atteinte corporelle grave, sur prescription médicale et d'une durée supérieure à 2 jours.

L'Assisteur se réserve le droit de demander un certificat médical ou un arrêt de travail confirmant l'immobilisation au domicile avant de mettre en œuvre les prestations d'assistance.

Animaux domestiques

Animaux familiers (chiens et chats uniquement et 2 maximum) vivant habituellement au domicile du bénéficiaire et à sa charge, et dont le carnet de vaccination est à jour conformément à la réglementation en vigueur.

Les animaux domestiques dressés à l'attaque sont exclus.

Transport

Sauf mention contraire, les transports organisés dans le cadre de cette convention s'effectuent par train 1^{ère} classe ou par avion en classe touriste.

Durée de validité

Les prestations d'assistance sont accordées exclusivement pendant la durée de validité du contrat Santé Euro-assurance et de l'accord liant Euro-Assurance et Mondial Assistance France.

Fait générateur

Assistance au domicile : Hospitalisation, immobilisation au domicile ou décès

Assistance Info/Conseil : Demande de renseignements.

Garanties d'assistance

GARANTIES D'ASSISTANCE SANTE A DOMICILE

1 .01 Recherche d'une place dans un milieu hospitalier

Sur demande du bénéficiaire et sur prescription médicale, l'équipe médicale de l'Assisteur recherche, dans la mesure des disponibilités, une place dans tout service hospitalier dans des établissements privés ou publics situés dans un rayon de 100 km autour du domicile du bénéficiaire.

1 .02 Livraison de médicaments à domicile

En cas d'incapacité de se déplacer du bénéficiaire ou de l'un de ses proches, l'Assisteur organise et prend en charge la recherche et l'acheminement des médicaments indispensables à son traitement sur présentation d'une prescription médicale (ordonnance) par un médecin depuis moins de 5 jours et immédiatement nécessaire au bénéficiaire.

L'Assisteur fait l'avance du coût de ces médicaments, que le bénéficiaire devra rembourser au moment où ils sont livrés.

Le service de livraison des médicaments est pris en charge par l'Assisteur est accessible 24h/24, 7 jours /7.

Cette garantie est accordée dans les 30 jours qui suivent la date de l'incident.

Assistance en cas d'hospitalisation d'un ou des deux parents

1 .03 Garde des enfants

Si personne ne peut assurer la garde des enfants bénéficiaires de moins de 16 ans, dès le premier jour de l'incident, L'Assisteur organise et prend en charge :

- soit le voyage aller et retour d'un proche résidant en France métropolitaine au domicile du bénéficiaire,
- soit l'acheminement des enfants par un personnel qualifié au domicile d'un proche,
- soit la garde des enfants par du personnel qualifié au domicile du bénéficiaire, pendant 24 heures maximum dans les 5 jours suivant la date de l'évènement avec un minimum de 3 heures consécutives.

Cette personne, en fonction de l'âge des enfants, assurera également leur accompagnement à l'école, à la crèche ou à leurs activités extra scolaires. En aucun cas, cette prise en

charge ne peut excéder la durée de l'hospitalisation ou de l'immobilisation.

L'Assisteur organise et prend en charge un taxi pour accompagner les enfants à leurs activités extrascolaires (musique, sport...). La garde d'enfant accompagnera l'enfant dans le cadre de ses heures de garde. Les frais de taxi sont pris en charge à concurrence d'un forfait de **80€ TTC** par hospitalisation ou par évènement.

L'Assisteur intervient à la demande des parents et ne peut être tenue pour responsable des événements pouvant survenir pendant les trajets ou pendant la garde des enfants confiés.

Cette garantie est limitée à deux interventions par année civile. Au-delà de deux interventions par an, l'Assisteur peut communiquer au bénéficiaire les coordonnées de personnel qualifié. Le coût du personnel qualifié reste à la charge du bénéficiaire.

Assistance en cas d'immobilisation au domicile d'un enfant bénéficiaire de moins de 16 ans

1 .04 Garde des enfants malades

Lorsque le médecin traitant estime que l'état de santé d'un enfant bénéficiaire de moins de 16 ans, nécessite une immobilisation médicalement prescrite supérieure à 2 jours consécutifs et dans le cas où personne ne peut assurer sa garde, dès le premier jour de l'incident, l'Assisteur organise et prend en charge :

- soit le voyage aller et retour d'un proche résidant en France au domicile du bénéficiaire.
- soit sa garde par du personnel qualifié au domicile du bénéficiaire, pendant 20 heures maximum dans les 10 jours suivant la date de l'évènement avec un minimum de 3 heures consécutives.

L'Assisteur intervient à la demande des parents et ne peut être tenue pour responsable des événements pouvant survenir pendant les trajets ou pendant la garde des enfants confiés.

Cette garantie est limitée à deux interventions par année civile. Au-delà de deux interventions par an, l'Assisteur peut communiquer au bénéficiaire les coordonnées de personnel qualifié. Le coût du personnel qualifié reste à la charge du bénéficiaire.

1 .05 Soutien pédagogique / Ecole à domicile

Lorsque le médecin traitant estime que l'état de santé de l'enfant bénéficiaire nécessite une immobilisation au domicile et que cette obligation entraîne une absence scolaire supérieure à 15 jours consécutifs, L'Assisteur recherche et prend en charge un ou plusieurs répétiteurs scolaire habilité à donner des cours du niveau de la classe du bénéficiaire. Il pourra, avec l'accord du bénéficiaire et de son responsable légal, prendre contact avec l'établissement scolaire fréquenté afin d'examiner avec l'instituteur ou les professeurs habituels du bénéficiaire l'étendue du programme à étudier.

L'aide pédagogique est accordée pour la durée effective de l'année scolaire en cours, pendant les jours normalement scolarisés sauf le samedi, à raison de 10 heures par semaine tous cours confondus, fractionnables par tranche de 3 heures de cours au minimum dans la journée par matière ou répétiteur scolaire. Elle cesse dès que l'enfant a repris les cours normalement ou à la fin de l'année scolaire.

La mise en place de l'aide pédagogique peut nécessiter un délai de 2 jours ouvrés.

Sous réserve de l'accord exprès de l'établissement de soins, l'aide pédagogique peut également être fournie en cas d'hospitalisation imprévue de l'enfant, attestée par le bulletin d'hospitalisation, qui entraîne une absence scolaire à 15 jours consécutifs.

Ce soutien s'adresse aux enfants scolarisés en France dans un établissement scolaire français pour y suivre des cours d'une classe allant du cours préparatoire à la terminale.

Cette garantie est limitée à une intervention par année civile. Au-delà de deux interventions par an, l'Assisteur peut communiquer au bénéficiaire les coordonnées de personnel qualifié. Le coût du personnel qualifié reste à la charge du bénéficiaire.

Assistance en cas d'hospitalisation, d'immobilisation au domicile, de séjour en maternité de plus de 8 jours, ou en cas de décès

1 .06 Présence d'un proche

En cas d'hospitalisation imprévue du bénéficiaire ou de son conjoint d'une durée supérieure à 5 jours ou en cas d'immobilisation au domicile de plus de 8 jours, l'Assisteur organise et prend en charge un titre de transport (billet aller - retour) pour un membre de la famille ou un proche résidant en France métropolitaine, afin de se rendre au chevet du bénéficiaire.

Cette garantie est accordée si aucun membre de la famille du bénéficiaire ne se trouve dans un rayon de 50 km de son lieu de domicile.

L'Assisteur organise et prend en charge l'hébergement sur place désignée au paragraphe « Présence d'un proche » dans la limite de 50 € TTC par nuit, avec un maximum de 200 € TTC.

Cette prestation n'est accordée que si l'acheminement de ladite personne a été organisé préalablement dans les conditions définies au paragraphe « Présence d'un proche ».

Toute autre solution de logement provisoire ne peut donner lieu à un quelconque dédommagement.

1 .07 Aide ménagère à domicile

A la suite immédiate d'une hospitalisation imprévue pour une durée supérieure à 5 jours ou en cas d'immobilisation au domicile de plus de 8 jours du bénéficiaire ou de son conjoint, L'Assisteur recherche et prend en charge les services d'une aide ménagère à domicile dans la limite des disponibilités locales pour un maximum de 20 heures pouvant être réparties sur 3 semaines.

Chaque prestation de l'aide ménagère dure au minimum 3 (trois) heures consécutives incluant le temps de parcours jusqu'au domicile du bénéficiaire, et peut être fournie entre 8 h et 19 h du lundi au samedi, hors jours fériés. La mission de l'aide ménagère concerne la réalisation de petits travaux ménagers quotidiens (repassage, ménage, préparation des repas, etc...) au domicile du bénéficiaire.

La prestation aide ménagère peut également être fournie en cas de Tri thérapie, Quadri thérapie, chimiothérapie ambulatoire et radiothérapie réalisée en milieu hospitalier à l'issue de chaque séance et pour un maximum de 15 heures.

Le bénéficiaire doit formuler sa demande dans les 8 jours qui suivent la date de l'incident.

Cette prestation est également accordée en cas de séjour prolongé de plus de 8 jours en maternité ou en cas de décès du bénéficiaire.

Cette garantie est limitée à deux interventions par année civile. Au-delà des deux interventions par an, l'Assisteur peut communiquer au bénéficiaire les coordonnées de personnel qualifié. Le coût du personnel qualifié reste à la charge du bénéficiaire.

1 .08 Garde des animaux de compagnie (chiens, chats à à l'exclusion de tous autres animaux)

En cas d'hospitalisation imprévue du bénéficiaire ou de son conjoint supérieure à 5 jours ou en cas d'immobilisation au domicile de plus de 8 jours et si les animaux domestiques ne peuvent bénéficier de leur garde habituelle, l'Assisteur organise et prend en charge le transfert et la garde des animaux :

- soit à l'extérieur, frais de nourriture compris, dans la limite de 230€ TTC maximum par période d'hospitalisation et pour l'ensemble des animaux ;
- soit chez un proche désigné par le bénéficiaire, résidant en France métropolitaine, dans un rayon maximum de 100 Km autour du domicile.

L'animal concerné doit avoir reçu toutes les vaccinations obligatoires. Sont exclus les chiens mentionnés dans l'arrêté du 27/04/99 établissant la liste des types de chiens susceptibles d'être dangereux.

Cette garantie est limitée à une intervention par année civile.

Cette prestation est également accordée en cas de séjour prolongé de plus de 8 jours en maternité ou en cas de décès du bénéficiaire.

1.09 Garde malade à domicile

A la suite d'une hospitalisation imprévue du bénéficiaire ou de son conjoint d'une durée supérieure à 5 jours et sur prescription médicale, l'Assisteur organise et prend en charge les services d'une garde malade pour qu'elle se rende au chevet du bénéficiaire, pendant 24 heures en continue ou fractionnées à concurrence de 4 heures minimum consécutives.

Le bénéficiaire doit formuler sa demande dans les 8 jours qui suivent la date de l'incident.

1.10 Exclusions

Sont exclus et ne pourront donner lieu à l'intervention de MONDIAL ASSISTANCE FRANCE, ni faire l'objet d'une indemnisation à quelque titre que ce soit :

- toutes interventions et / ou remboursements relatifs à des bilans médicaux, check-up, dépistages à titre préventif, traitements ou analyses réguliers et, d'une manière générale, toute intervention ou prise en charge ayant un caractère répétilif ou régulier,
- les interruptions volontaires de grossesse,
- les maladies chroniques,
- les tentatives de suicide et leurs conséquences,
- les cures de rajeunissement, d'amaigrissement, les traitements à but esthétique,
- les frais médicaux,
- les cures, séjours en maison de repos et les frais de rééducation.

GARANTIES D'ASSISTANCE INFORMATION / CONSEIL

1.11 Information Santé Plus

L'équipe médicale de l'Assisteur communique au bénéficiaire des informations et conseils médicaux et paramédicaux dans une logique de Prévention et afin de l'aider à mieux gérer son « Capital Santé ». Ce service est accessible de 8h00 à 20h00 du lundi au vendredi.

Il permet de fournir au bénéficiaire tout renseignement d'ordre général dans les domaines suivants :

Santé au quotidien : maladies infantiles, allergies, diététique, vaccination, petits bobos...

Santé en voyage : vaccins obligatoires et conseillés selon le pays de destination, précautions d'hygiène, équivalence des médicaments à l'étranger, les informations sur la carte européenne d'assurance la procédure de règlement des frais médicaux à l'étranger les informations d'ordre général sur la santé :

Hygiène de vie : facteurs de risques (tabac, alcool, drogues, pollution, alimentation, sports, stress...), contre-indications courantes (activité, lieu de vie, climat...), hygiène corporelle (bucco-dentaire etc...).

Pathologies : informations générales (nature, symptômes, traitements...), maladies « orphelines »...

Prévention des maladies graves : quels dépistages, quand et pour quels risques (cancers, problèmes cardio-vasculaires etc...), sensibilisation à certains risques (exposition au soleil...) et conseil appropriés...

Techniques nouvelles : soins palliatifs, chirurgie ambulatoire, médecines douces, tri thérapie, transplantations et greffes d'organes, chirurgie ophtalmique...

Examens médicaux : nature des différents types d'examen et analyses (radiologie, biologie, scanners, IRM, échographies, scintigraphies etc...), indications, normes...

Coordonnées utiles : centres de consultation pour un complément d'avis médical...et établissements spécialisés (rééducation, désintoxication, thermalisme etc...), associations de malades urgences : SAMU, pompier, centre antipoison, vaccination, structures sanitaires (hôpitaux et cliniques) et structures d'accueil en cas d'hospitalisation d'un proche ou d'un enfant ; associations de malades : diabétiques, paralysés, aide-ménagère, garde d'enfants malades, portage de repas...

Données administratives : aides au maintien au domicile des personnes âgées, prise en charge de la dépendance, structures d'accueil médicalisées...

Informations administratives et sociales : aides sur les droits et les démarches administratives et sociales auprès des organismes sociaux.

L'intervention du médecin ou du diététicien se limitera à donner des informations objectives.

L'objet du service n'est en aucun cas de délivrer une consultation médicale ou paramédicale téléphonique personnalisée ou de favoriser une automédication. Si telle était la demande, l'Assisteur conseillerait au bénéficiaire de consulter son médecin traitant ou son chirurgien-dentiste ou son opticien ou son diététicien.

1.12 Informations et conseils « obsèques »

Sur simple appel téléphonique, du lundi au samedi de 9h00 à 20h00 hors jours fériés, le bénéficiaire, pour préparer sa succession, ou ses proches, trouveront auprès des spécialistes de MONDIAL ASSISTANCE FRANCE, les renseignements dont ils ont besoin dans les domaines ci-après :

Le décès :

- le décès à l'hôpital /le décès à domicile
- la constatation du décès
- les prélèvements d'organes, les dons d'organes
- la conservation du corps : la thanatopraxie
- le transport du corps
- les chambres funéraires

Les obsèques :

- les sociétés de pompes funèbres
- les sociétés de marbrerie funéraire
- la préparation des obsèques
- la toilette du défunt
- le choix du cercueil et des accessoires
- les voitures funéraires
- les concessions
- la crémation
- les différents rites et cérémonies religieuses

Les démarches de succession :

- le règlement des frais d'obsèques
- l'apposition des scellés
- le sort des avoirs financiers et des biens détenus par le défunt (mobilier, objets, véhicules, biens immobiliers...) : règles applicables et démarches à effectuer
- les formalités auprès des organismes, droits à faire valoir et calendrier : Caisse de Retraite, employeur, ASSEDEC, établissements financiers, Sécurité Sociale, allocations familiales, mutuelles, administration fiscale...
- le compte bancaire joint, les assurances...
- les déclarations à la mairie...

Le règlement de la succession :

- les options offertes aux héritiers et leurs conséquences : l'acceptation de la succession, l'acceptation sous bénéfice d'inventaire, la renonciation.

Les règles de répartition de la succession :

- l'ordre de succession et les modalités d'attribution
- les règles applicables, générales, et particulières à certaines situations (représentation, fente successorale, enfants

adoptés, décès simultanés, transmission des droits de propriété littéraire et artistiques...)

- les droits du conjoint survivant

Les situations particulières d'héritage :

- le testament, les donations, l'usufruit, la nue-propriété
- les mineurs, les incapables majeurs
- les héritiers résidant à l'étranger

Comment disposer, prendre possession des biens :

- l'indivision
- les formalités : actes notariés, pièces héréditaires
- le partage

Les droits de succession :

- les biens à déclarer
- la détermination de l'actif successoral taxable
- le paiement des droits et contrôle du fisc

Les droits du conjoint et de ses enfants :

- l'aide sociale
- l'allocation veuvage
- la pension de réversion de la sécurité sociale
- les droits des conjoints divorcés (pension partagée)
- la location (le droit au maintien)
- le capital décès pour les cotisants à la Sécurité sociale.

1.13 Transmission de messages urgents

Si le bénéficiaire est dans l'impossibilité matérielle de transmettre un message urgent et s'il en fait la demande, l'Assisteur se charge de transmettre gratuitement, par les moyens les plus rapides, les messages ou nouvelles émanant du bénéficiaire vers les membres de sa famille, ses proches ou son employeur. L'Assisteur peut également servir d'intermédiaire en sens inverse.

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

Dispositions Générales

[Les prestations de la convention d'assistance souscrite par Euro-assurance auprès de Fragonard Assurances (S.A. au capital de 37 207 660 euros - 479 065 351 RCS Paris - Entreprise régie par le Code des Assurances - Siège social : 2 Rue Fragonard - 75017 PARIS) sont mises en œuvre par MONDIAL ASSISTANCE France (société par actions simplifiée au capital de 7 584 076,86 € - 490 381 753 RCS Paris - Siège social: 54 rue de Londres 75008 Paris - Société de courtage d'assurances - Inscription ORIAS 07 026 669)]

MONDIAL ASSISTANCE France ne peut en aucun cas se substituer aux organismes locaux de secours d'urgence. Le bénéficiaire ou ses proches doivent, en cas d'urgence, prendre contact directement et en priorité avec les services locaux de secours d'urgence.

MONDIAL ASSISTANCE France ne sera pas tenue responsable des manquements ou contretemps à l'exécution de ses obligations qui résulteraient de cas de force majeure ou d'événements tels que guerres civiles ou étrangères, révolutions, mouvements populaires, émeutes, grèves, saisies ou contraintes par la force publique, interdictions officielles, pirateries, explosions d'engins, effets nucléaires ou radioactifs, empêchements climatiques graves et les événements imprévisibles d'origine naturelle.

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

Par le seul fait qu'il réclame le bénéfice d'une assistance, le demandeur s'engage à fournir à MONDIAL ASSISTANCE France, soit concurremment à la demande écrite, soit dans les 5 jours suivant l'appel (sauf cas fortuit ou de force majeure), tous actes, pièces, factures et certificats de nature à établir la

matérialité de l'événement ouvrant droit au bénéfice des prestations de la présente convention.

MONDIAL ASSISTANCE France ne peut répondre des manquements ou contretemps qui résulteraient du non respect par le bénéficiaire des dispositions qui précèdent et serait en droit de réclamer au bénéficiaire le remboursement des frais exposés

L'organisation par le bénéficiaire ou par son entourage de l'une des assistances énoncées dans la présente convention ne peut donner lieu à remboursement que si MONDIAL ASSISTANCE France a été prévenue préalablement et a donné son accord exprès.

Dans ce cas, les frais exposés seront remboursés sur présentation des justificatifs originaux, dans la limite de ceux que MONDIAL ASSISTANCE France aurait engagés pour organiser le service.

Conditions applicables aux services de renseignement téléphonique

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

Les informations fournies par MONDIAL ASSISTANCE France sont des renseignements à caractère documentaire. MONDIAL ASSISTANCE France s'interdit toute consultation, diagnostic ou prescription médicale, et n'est pas tenue de répondre aux questions concernant des jeux et des concours.

La responsabilité de MONDIAL ASSISTANCE France ne pourra en aucun cas être recherchée dans le cas d'une mauvaise utilisation ou interprétation inexacte du ou des renseignements qui auront été communiqués.

Certaines demandes peuvent nécessiter des recherches. MONDIAL ASSISTANCE France s'engage alors à répondre dans un délai de 2 (deux) jours ouvrés.

Conditions applicables aux services d'assistance à la personne au domicile

Les prestations énoncées dans la présente convention ne se substituent en aucune façon aux interventions des services publics, ni aux prestations dues par les organismes sociaux et les employeurs.

MONDIAL ASSISTANCE France se réserve le droit de demander, préalablement à la mise en œuvre des prestations, tout justificatif de nature à établir la matérialité de l'événement générant la demande d'assistance (certificat médical, bulletin d'hospitalisation,...). Ce justificatif sera adressé au médecin MONDIAL ASSISTANCE France qui se réserve le droit de contacter le médecin qui a établi le dit justificatif.

L'organisation par le bénéficiaire ou par son entourage de l'une des assistances énoncées ci-avant ne peut donner lieu au remboursement que si MONDIAL ASSISTANCE France a été prévenue préalablement et a donné son accord exprès.

Les frais exposés seront remboursés sur présentation des justificatifs, dans la limite de ceux que MONDIAL ASSISTANCE France aurait engagés pour organiser le service.

Sauf mention contraire, la mise en place des prestations d'assistance au domicile peut nécessiter un délai d'une demi-journée ouvrée.

La prestation « Garde au domicile de l'enfant convalescent de moins de 16 ans n'est pas ouverte :

- pendant les congés légaux du ou des parents et de la nourrice employée et déclarée,
- lorsqu'un membre majeur de la famille est présent au domicile.

La prestation « Aide pédagogique » n'étant pas conçue pour services les convenances personnelles, toute fausse déclaration, falsification ou tentative de fraude entraîne la perte du bénéfice de la prestation et le remboursement immédiat des sommes éventuellement engagées par MONDIAL ASSISTANCE France pour sa réalisation.

Exclusions Générales

Sont exclus :

- les demandes non justifiées
- les maladies chroniques et l'invalidité permanente, antérieurement avérées/constituées.
- les maladies relevant de l'hospitalisation à domicile,
- les hospitalisations prévisibles,
- les maladies et accidents et leurs conséquences, antérieurs à la date d'effet du contrat.
- les maladies chroniques psychiques
- les maladies psychologiques antérieurement avérées/constituées (ou) en cours de traitement
- les convalescences et les affections (maladie, accident) en cours de traitement non encore consolidées,
- les maladies préexistantes diagnostiquées et/ou traitées ayant fait l'objet d'une hospitalisation dans les six mois précédant la demande d'assistance,
- les états de grossesse, sauf complication imprévisible, et dans tous les cas à partir de la 36^{ème} semaine d'aménorrhée,
- les états résultant de l'usage de drogues, stupéfiants et produits assimilés non prescrits médicalement, et de l'absorption d'alcool,
- les conséquences de tentative de suicide
- les conséquences :
 - o des situations à risques infectieux en contexte épidémique,
 - o de l'exposition à des agents biologiques infectants,
 - o de l'exposition à des agents chimiques type gaz de combat,
 - o de l'exposition à des agents incapacitants,
 - o de l'exposition à des agents neurotoxiques ou à effets neurotoxiques rémanents,qui font l'objet d'une mise en quarantaine ou de mesures préventives ou de surveillances spécifiques ou de recommandations de la part des autorités sanitaires internationales ou des autorités sanitaires locales du pays où le bénéficiaire séjourne ou des autorités sanitaires nationales du pays de destination du rapatriement ou du transport sanitaire,
- les dommages provoqués intentionnellement par un bénéficiaire et ceux résultant de sa participation à un crime, à un délit ou une rixe, sauf cas de légitime défense,
- les événements survenus de la pratique de sports dangereux (raids, trekkings, escalades...) ou de la participation du bénéficiaire en tant que concurrent à des compétitions sportives, paris, matchs, concours, rallyes ou à leurs essais préparatoires, ainsi que l'organisation et la prise en charge de tous frais de recherche.
- la plongée sous marine si le bénéficiaire ne pratique pas ce sport dans une structure adaptée et reconnue par la CMAS (Confédération Mondiale des Activités Subaquatiques) et si en cas d'accident, le bénéficiaire n'a pas été pris en charge par un centre de traitement hyperbare MONDIAL ASSISTANCE France n'intervient qu'après cette première prise en charge pour organiser l'assistance médicale).





Société de courtage d'assurances régie par
le Code des Assurances – Société par
Actions Simplifiée au capital de 500 000 € -
Garantie financière et assurance de
Responsabilité Civile Professionnelle
conformes aux articles L.512-6 & L.512-7 et
R.512-14 & R.512-15 du Code des
Assurances. RCS Nanterre 682 021 274 -
SIRET 682 021 274 00043 - APE 6622 Z
N° identification TVA : FR 576 820 212 74
Euro-Assurance – 6 rue Gracchus Babeuf –
93131 Noisy-le-Sec Cedex.

