

Quelques conseils pour profiter pleinement de votre adhésion ASSUREO SANTE :

Utilisez le plus souvent possible votre Carte Vitale :

- vous n'aurez alors aucun document à envoyer à votre Régime Obligatoire ;
- si vous payez avec une carte bancaire à débit différé, vous serez remboursé avant d'être prélevé.

Mentionnez systématiquement votre numéro d'adhésion :

- nous pourrons traiter plus rapidement toutes vos demandes.

En cas d'hospitalisation :

- nous paierons directement à l'hôpital ou à la clinique les frais de séjour et de chambre particulière ;
- il vous suffira pour cela de nous adresser une demande de prise en charge.

Des conseillers à votre écoute :

- pour toute question concernant votre adhésion n'hésitez pas à appeler vos conseillers, ils sont à votre écoute au 01.49.45.61.13.

**Contrats collectifs d'assurance à adhésion facultative
Notice d'Information SA-ASSUREO - 2008/01 des contrats
ASSUREO SANTE n° CT1750032 & n° CT1750033**

Votre adhésion est régie par le Code des Assurances français et les dispositions qui suivent. Elle est constituée de la présente Notice d'Information et de votre Certificat d'Adhésion.

Toutes les demandes de remboursement et de prise en charge doivent être **obligatoirement** adressées à :

ASSUREO GESTION SANTÉ

44-50, avenue du capitaine Glarner - 93407 SAINT-OUEN CEDEX
Tél. 01 49 45 61 13 - Fax 01 40 11 11 41

ARTICLE 1 - OBJET DE L'ASSURANCE

Les contrats groupe n°CT1750032 et n°CT1750033 sont souscrits par l'Association pour une Prévoyance Equitable, au profit de ses adhérents. Ils garantissent le remboursement de tout ou partie des dépenses médicales et chirurgicales consécutives à un accident ou une maladie, sous réserve des exclusions figurant à l'article 6 ci-après, dans la limite des montants indiqués au tableau des garanties, inscrit au Certificat d'Adhésion.

Ces contrats s'inscrivent dans le cadre du dispositif relatif aux contrats d'assurance complémentaire santé dits « responsables » (article 57 de la loi du 13 août 2004 et décret d'application du 29 septembre 2005). En cas d'évolutions législatives ou réglementaires touchant « les contrats responsables », ils pourront faire l'objet de modifications pour rester en conformité avec ce cadre juridique.

ARTICLE 2 - BÉNÉFICIAIRES

Bénéficiaire des garanties des présents contrats :
L'Adhérent et la ou les personnes désignées au Certificat d'Adhésion en qualité d'Assuré(s).

Les enfants doivent être fiscalement à charge de l'Adhérent, de son conjoint ou de son concubin, s'il est bénéficiaire, jusqu'à leur 21^{ème} anniversaire ou jusqu'à leur 26^{ème} anniversaire s'ils poursuivent des études et sont inscrits au régime de la Sécurité Sociale des étudiants ou se trouvent sous contrat d'apprentissage.

La garantie cesse à l'échéance principale suivant leur anniversaire.

Nouveau-nés : pour pouvoir bénéficier de la garantie dès sa naissance, l'enfant doit être déclaré à l'Assureur dans les 30 jours suivant sa naissance et l'un de ses deux parents doit avoir la qualité de "bénéficiaire" depuis au moins 3 mois. A défaut, l'enfant sera inscrit à la date de réception de la demande d'ajout de bénéficiaire.

ARTICLE 3 - VOS DÉCLARATIONS

Les assurés, personnes physiques, doivent remplir les conditions suivantes :

- A l'adhésion**, chaque personne qui désire s'assurer procède aux déclarations qui sont reprises au Certificat d'Adhésion concernant son âge, son régime obligatoire. Les personnes adhérant au contrat n°CT1750033, procèdent également aux déclarations concernant leur état de santé. Ces déclarations ne pourront à aucun moment être utilisées par l'assureur dans le cadre d'une adhésion à tout autre contrat. Ces déclarations permettent à l'Assureur d'évaluer correctement son engagement d'assurance et de percevoir une prime adaptée au risque garanti.
- En cours d'adhésion**, l'Adhérent doit déclarer à l'Assureur dans les 15 jours :
 - toute modification des éléments spécifiés au Certificat d'Adhésion, à l'exclusion des éléments relatifs à l'état de santé des assurés,
 - les changements ou cessation d'affiliation d'un des assurés à un régime obligatoire,
 - et, chaque nouvel Assuré doit procéder aux déclarations prévues à l'adhésion.

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

ARTICLE 4 - FORMATION ET DURÉE DE L'ADHÉSION

4.1 Date d'effet de l'adhésion

Les garanties prennent effet pour chaque Assuré à compter de la date d'effet mentionnée au Certificat d'Adhésion, sous réserve de l'encaissement effectif de la première prime. En l'absence de règlement de cette prime dans les 15 jours qui suivent l'adhésion, la demande d'adhésion devient caduque. Il en est de même pour les avenants.

Selon mention au Certificat d'Adhésion, certaines garanties ne sont acquises qu'après expiration des délais d'attente.

4.2 Durée de l'adhésion et des garanties

L'adhésion est conclue pour une durée annuelle, renouvelable par tacite reconduction, sauf résiliation, par l'une ou l'autre des parties, dans les cas et selon les modalités fixées à l'article 10 ci-après.

A l'exception des cas visés aux articles L.113-3, L.113-9 et L.326-12 du Code des Assurances, **l'adhésion est viagère dès sa date de prise d'effet.**

ARTICLE 5 - DESCRIPTION DES GARANTIES

Les contrats garantissent le remboursement des dépenses de santé médicalement prescrites à la suite d'un accident, d'une maladie ou d'une maternité. Les prestations sont calculées et remboursées suivant les modalités prévues par le calcul des prestations de la Sécurité Sociale française : Base de Remboursement (BR) et Tarif de Convention (TC). La Base de Remboursement et le Tarif de Convention de la Sécurité Sociale française auxquels nous nous référons pour le calcul des prestations sont ceux en vigueur à la date des soins.

L'indemnisation de l'Assureur ne peut pas excéder le montant des frais réels et, s'exerce, en fonction de l'option choisie à concurrence des montants indiqués au tableau inscrit au Certificat d'Adhésion.

Selon mention faite au Certificat d'Adhésion, l'indemnisation peut être réduite par application d'une franchise calculée soit en pourcentage de la dépense, soit en fonction d'un montant forfaitaire par acte. Lorsque cette franchise est définie par un montant forfaitaire par acte, elle sera appliquée pour chaque ligne du décompte du Régime Obligatoire de l'Assuré.

5.1 Garantie en cas d'hospitalisation :

Pour les garanties à hauteur de 100% des frais réels engagés, une demande d'entente préalable sera exigée.

L'entente devra alors être délivrée par le Médecin Conseil de la Compagnie. En cas de refus de sa part ou d'absence de demande de la part de l'assuré, les garanties seront limitées à 400% du Tarif de Convention.

5.2 Garantie des séjours en psychiatrie, sanatorium, préventorium, aérium, centre diététique ou médico-diététique, centre de rééducation ou de réadaptation fonctionnelle, maison de repos ou de convalescence, maison d'enfants à caractère sanitaire, institut médico-pédagogique et médico-psychopédagogique :

L'Assureur intervient sur la base du forfait journalier et de 100 % du tarif de convention (sous déduction du remboursement du Régime Obligatoire), à l'exclusion du remboursement de la chambre particulière et de tous autres frais. Par année d'adhésion et par Assuré, l'intervention est limitée à 30 jours pour la psychiatrie et à un maximum global de 30 jours pour tous les autres séjours.

5.3 Garantie des consultations de neuropsychiatres, psychiatres et médecins assimilés :

Elles sont prises en charge dans la limite de 3 consultations par an et par bénéficiaire. **Ces prestations excluent le remboursement de tous autres frais liés au traitement des maladies psychiatriques et des dépressions nerveuses, y compris la psychothérapie ou psychanalyse.**

5.4 Garantie de la maternité :

Des prestations spécifiques peuvent couvrir les consultations, visites et soins de maternité, les actes médicaux liés à l'accouchement, la chambre particulière et prévoir le versement d'une prime de naissance ou d'adoption à la mère assurée, à condition que l'enfant soit désigné «bénéficiaire» au contrat dans les 90 jours suivant sa naissance ou son adoption. La prime est versée une seule fois en cas de naissance multiple.

Ces prestations excluent le remboursement de tous autres frais, sauf en cas de grossesse ou d'accouchement pathologiques où les garanties en cas de maladie sont acquises de plein droit.

5.5 Garantie des cures thermales :

Elle donne lieu au versement d'un forfait **excluant le remboursement de tous autres frais.**

5.6 Garantie des frais médicaux ou de médecine non conventionnelle non pris en charge par le Régime Obligatoire :

Les contrats peuvent garantir des actes ou prescriptions non pris en charge par le Régime Obligatoire. Le montant des remboursements peut alors être limité par acte ou prescription et à un plafond annuel par bénéficiaire.

5.7 Garantie des soins à l'étranger pris en charge par le Régime Obligatoire :

Les soins à l'étranger sont garantis à concurrence des montants indiqués au tableau inscrit au Certificat d'Adhésion, sans pour autant pouvoir dépasser 200 % de la Base de Remboursement, sous déduction du remboursement du Régime Obligatoire.

ARTICLE 6 - EXCLUSIONS

6.1 Générales

Ne donnent pas lieu à indemnisation les frais engendrés par des soins commencés ou prescrits avant l'adhésion, ainsi que les accidents ou maladies et leurs suites qui résultent :

- d'un acte intentionnel de la part de l'Assuré ou de sa tentative de suicide consciente ou inconsciente ;
- de la guerre étrangère ou guerre civile, de la participation de l'Assuré à des opérations militaires, à des altercations ou des rixes (sauf cas de légitime défense) ;
- des effets directs ou indirects d'origine nucléaire ou causés par toute source de rayonnements ionisants (sauf s'il s'agit d'un dysfonctionnement ou d'une erreur de manipulation d'un instrument au cours d'un traitement auquel l'assuré est soumis à la suite d'un événement garanti).

6.2 Relatives à la nature de l'établissement ou du service

L'Assureur ne garantit pas les frais engagés pour le séjour dans les établissements ou services suivants :

- hélio-marins ou de thalassothérapie ;
- de gériatrie, de retraite ainsi que les séjours dans les hospices de vieillards ou les centres hospitaliers pour personnes âgées dépendantes ;

6.3 Relatives aux hospitalisations et traitements suivants

L'Assureur ne garantit pas :

- les frais de traitement et d'intervention chirurgicale à caractère esthétique non consécutifs à un accident ; le caractère esthétique est établi par le Médecin Conseil de la Compagnie indépendamment de tout accord ou refus de prise en charge du régime obligatoire de l'Assuré ;
- tous frais non consécutifs à un accident, facturés par un praticien spécialisé en chirurgie plastique ;
- les cures de sommeil, amaigrissement, rajeunissement, désintoxication, ainsi que leurs suites ;
- les interventions ayant pour but de remédier à des maladies ou infirmités congénitales, ainsi que leurs suites, sauf pour les nouveau-nés sous réserve que l'enfant ait été déclaré à l'Assureur dans les 30 jours suivant sa naissance.

ARTICLE 7 - PAIEMENT DES PRIMES

L'Adhérent doit payer chaque prime à son échéance au Siège Social de l'Assureur ou d'Assureo Gestion Santé.

La prime, les accessoires et tous impôts, contributions et taxes sont payables d'avance. Seront également à la charge de l'Adhérent tous impôts et taxes qui pourront être établis sur la prime postérieurement à l'adhésion. Sont également à la charge de l'Adhérent, les frais de poursuite et de recouvrement, dont la récupération est autorisée par la loi (art. L.113-3 du Code des Assurances).

De plus, si l'Adhérent a opté pour le prélèvement des primes, il est entendu que ce prélèvement cessera dès qu'une prime ou une fraction de prime restera impayée.

A défaut de paiement de la première prime ou d'une prime suivante (ou d'une fraction de prime) dans les dix jours de son échéance, l'Assureur, indépendamment de son droit de poursuivre l'exécution de l'adhésion en justice peut, par lettre recommandée valant mise en demeure, adressée à l'Adhérent à son dernier domicile connu, suspendre la garantie trente jours après l'envoi de cette lettre.

Les coûts d'établissement et d'envoi des mises en demeure sont à la charge de l'Adhérent.

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

L'Assureur a le droit de résilier l'adhésion dix jours après l'expiration du délai de trente jours visé ci-dessus ; la notification de la résiliation par l'Assureur peut être faite à l'Adhérent, soit dans la lettre recommandée de mise en demeure, soit par une nouvelle lettre recommandée.

ARTICLE 8 - EVOLUTION DES PRIMES

La prime indiquée au Certificat d'Adhésion est établie selon les déclarations de l'assuré à l'adhésion. Elle évolue à chaque échéance principale en fonction d'une revalorisation de 2 %.

Elle peut en outre varier dans les cas suivants :

8.1 Ajustement du tarif

Les primes peuvent varier en cas de changement de domicile dès qu'il y a changement de zone tarifaire et à chaque échéance principale en fonction de l'indice national de la Consommation Médicale Totale. Elles peuvent également varier en fonction de l'évolution de la consommation du groupe assuré, composé des assurés ayant les mêmes garanties et le même régime que celui des Assurés.

8.2 Révision du tarif

Pour des raisons de caractère technique liées à l'évolution des risques en général, l'Assureur peut être amené à modifier son tarif. Cette mesure pourra notamment intervenir si la participation à la charge de l'Assuré venait à être augmentée par une réglementation ultérieure du Régime Obligatoire.

ARTICLE 9 – SINISTRES

9.1 Justification des dépenses

Pour obtenir le versement de ses prestations, l'Assuré doit adresser à l'Assureur (**Assureo Gestion Santé, 44-50, avenue du Capitaine Glarner - 93407 Saint-Ouen Cedex**) :

- 1) Les originaux des décomptes du Régime Obligatoire
- 2) Une copie de la prescription médicale et de la feuille de soins pour la garantie des actes et médicaments non remboursés par le Régime Obligatoire.
- 3) L'original de la facture pour l'optique, les prothèses dentaires (où apparaît le numéro des dents) et l'orthodontie acceptées et refusées, les actes hors nomenclature de la Sécurité Sociale et le forfait cure thermique.
- 4) La demande d'entente préalable avant d'engager des dépenses qui y sont soumises, selon mention indiquée au Certificat d'Adhésion.
- 5) Un bulletin de naissance ou une copie certifiée conforme du livret de famille au nom de l'enfant pour la prime de naissance.
- 6) Tous documents susceptibles de déterminer la nature et le montant des frais réellement engagés.

- 7) Tout élément permettant de déterminer, selon le cas, le service qui a prodigué les soins à l'Assuré ou le service dans lequel l'Assuré a effectué son séjour.

Télétransmission des décomptes du Régime Obligatoire :

Si l'Assuré ne souhaite pas bénéficier des Echanges de Données Informatiques avec sa Caisse Primaire d'Assurance Maladie, il peut faire connaître son refus à tout moment en écrivant à : Assureo Gestion Santé 44-50, avenue du Capitaine Glarner - 93407 Saint Ouen Cedex.

9.2 Contrôle des dépenses, Contrôle médical

L'Assureur peut demander à l'Assuré, tous renseignements ou documents qu'il juge utiles pour l'appréciation du droit aux indemnités. Si ces renseignements ou documents ont un caractère médical, l'Assuré est formellement invité à les adresser sous pli confidentiel au Médecin Conseil de l'Assureur.

L'Assureur peut décider de faire examiner l'Assuré par un médecin de son choix.

L'Assuré s'engage, à se soumettre à cet examen, **sous peine d'être déchu du droit aux indemnités pour l'accident ou la maladie en cause.**

9.3 Abrogation de la franchise

La franchise est abrogée dans les conditions minimum du décret n°2005-1226 du 29 septembre 2005. Le solde dû est versé uniquement sur demande adressée à ASSUREO GESTION COMMERCIALE dans le mois qui suit la date d'échéance principale ou la date de résiliation de l'adhésion pour les frais remboursés durant l'année d'assurance écoulée.

9.4 Arbitrage

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

Chacune des parties désignera un médecin. Si les médecins ne sont pas d'accord, ils choisiront un 3^{ème} médecin chargé de les départager. En cas de difficulté sur ce choix la désignation sera faite par le Président du Tribunal de Grande Instance du domicile de l'Assuré, à la requête de la partie la plus diligente.

Chaque partie paiera les frais et honoraires de son médecin, et s'il y a lieu, la moitié des frais et honoraires du 3^{ème} médecin et des frais de sa nomination.

9.5 Subrogation

En cas de sinistre provoqué par un tiers responsable, l'Assureur exercera son recours, conformément à l'article L.131-2 du Code des Assurances, à concurrence des indemnités relatives aux frais de soins versées à l'Assuré.

ARTICLE 10 : CESSATION DES GARANTIES

Toutes les garanties cessent à la date d'effet de la résiliation de l'adhésion ou du contrat.

10.1 Résiliation de l'adhésion

A l'initiative de l'Adhérent :

A chaque échéance annuelle de l'adhésion selon les dispositions de l'Article 4, moyennant un préavis de 2 mois. La notification doit être adressée par lettre recommandée avec accusé de réception au siège de l'Assureur ou d'Assureo Gestion Santé. Conformément à l'article L113-15-1 du Code des Assurances, s'agissant d'une adhésion à un contrat collectif, les dispositions relatives à la loi 2005-67 ne peuvent s'appliquer.

A l'initiative de l'Assureur :

- a) En cas de non paiement de la prime (art. L.113-3 du Code des Assurances). L'Assureur a alors droit à une indemnité de résiliation égale à la portion de prime afférente à la période postérieure à la résiliation.
- b) En cas d'omission ou d'inexactitude dans la déclaration du risque lors de l'adhésion ou en cours d'adhésion (art. L.113-9 du Code des Assurances).

La notification à l'Assuré est faite par lettre recommandée adressée au dernier domicile connu de l'Adhérent. La date d'envoi constitue le point de départ du préavis.

Elle intervient de plein droit :

- a) En cas de fixation de domicile hors France métropolitaine; l'Adhérent devant en informer l'Assureur par lettre recommandée avec accusé de réception adressée dans les trois mois qui suivent la date d'installation et la résiliation prenant effet un mois après sa notification à l'Assureur.
- b) En cas de décès de l'Adhérent. S'il n'est pas seul assuré, l'adhésion continue de produire ses effets à l'égard des autres Assurés, à charge pour eux d'exécuter les obligations dont était tenu l'Adhérent, jusqu'à l'échéance principale suivante. A cette date, une nouvelle adhésion leur sera proposée.

10.2 Droit de renonciation

L'adhérent peut renoncer à son adhésion dans les 14 jours qui suivent la date de signature du Bulletin d'Adhésion, si aucune prestation n'a été versée. Il suffit d'adresser à Assureo Gestion Santé une lettre recommandée avec avis de réception, rédigée comme suit : "Je soussigné, demande à renoncer à mon adhésion n° ____ et à recevoir le remboursement total des sommes versées". Toutes vos garanties cesseront à la date d'envoi de votre lettre.

10.3 Résiliation des contrats

- a) La résiliation de chaque contrat groupe souscrit au profit de l'ensemble du groupe mentionné au Certificat d'Adhésion peut être demandée par l'Association pour une Prévoyance Equitable ou par l'Assureur à l'échéance annuelle du contrat fixée au 31/12.
- b) Elle intervient également de plein droit en cas de retrait d'agrément de l'Assureur (art. L.326.12 du Code des Assurances).

ARTICLE 11 – TERRITORIALITÉ

La garantie de la présente adhésion s'exerce en France Métropolitaine. Elle s'étend aux accidents survenus et aux maladies contractées à l'étranger, lorsque le Régime Obligatoire d'Assurance Maladie du bénéficiaire s'applique mais, le règlement est effectué en France et en Euros.

ARTICLE 12 – PRESCRIPTION

Toute action dérivant des contrats est prescrite par deux ans, à compter de l'événement qui y donne naissance, dans les conditions déterminées aux articles L.114-1 et 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 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 13 – MÉDIATION

En cas de difficultés dans l'application des présents contrats, l'Adhérent ou l'Assuré consultera d'abord l'Association pour une Prévoyance Equitable qui s'engage à traiter la réclamation le plus rapidement et le plus objectivement possible. Si la réponse ne le satisfait pas, l'Adhérent ou l'Assuré pourra adresser une réclamation au Responsable des Relations Consommateurs de SERENIS ASSURANCES - 25, rue du Docteur Abel - 26000 VALENCE.

ARTICLE 14 - INFORMATIQUE ET LIBERTÉS

Les assurés et leurs bénéficiaires sont protégés par la Loi Informatique et Liberté du 6 janvier 1978.

Ils peuvent demander communication et rectification de toute information les concernant qui figurerait sur le fichier à l'usage de l'Assureur, du gestionnaire et de ses correspondants. Ce droit d'accès et de rectification peut être exercé à l'adresse suivante : Assureo Gestion Santé - 44/50 avenue du Capitaine Glarner 93407 Saint Ouen Cedex.

Les régimes obligatoires d'assurance maladie étant destinataires d'un certain nombre d'informations, vous pouvez vous opposer par écrit à tout moment à l'envoi automatique de vos décomptes de prestations au gestionnaire.

ARTICLE 15 - AUTORITÉ DE CONTRÔLE DES ASSURANCES ET DES MUTUELLES

L'autorité chargée du contrôle des entreprises d'assurances qui accordent les garanties prévues par les présents contrats est l'Autorité de Contrôle des Assurances et des Mutuelles :

61, rue Taitbout - 75436 Paris Cedex 09.

SERENIS ASSURANCES GROUPE ACM

Entreprise régie par le Code des Assurances
SA au capital de 9 580 000 EUR - RCS ROMAN B 350 838 686
25, rue du Docteur Abel - 26000 VALENCE

ASSUREO

SARL au capital de 30 000 EUR - RCS Créteil B 479 054 686
Siège Social : 8, parvis de Saint-Maur - 94100 Saint-Maur
garantie financière et assurance de responsabilité civile
conformes aux articles L 530-1 et L 530-2
du Code des Assurances

DÉFINITIONS

Accident :

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

Adhérent :

Personne qui a souscrit l'adhésion et qui est désignée sous ce nom au Certificat d'Adhésion (ou toute autre personne qui lui serait substituée).

Aggravation de risque :

Circonstances nouvelles qui, si elles avaient existé lors de la conclusion de l'adhésion, auraient entraîné le refus de contracter de l'Assureur ou la perception d'une prime plus élevée.

Année d'assurance :

Période comprise entre deux échéances principales consécutives.

Assuré(s) : voir Bénéficiaire

Assureur :

SERENIS ASSURANCES. Entreprise régie par le Code des Assurances.

Ayants droit :

Le conjoint, à défaut les enfants, à défaut les héritiers de l'Assuré.

Base de remboursement :

C'est le montant pris en compte par le régime obligatoire pour calculer son remboursement.

Bénéficiaires :

L'Adhérent et la (ou les) personne(s) désignée(s) au Certificat d'Adhésion comme Assuré(s).

Bonus Optique :

Remboursement complémentaire accordé à l'assuré la première année d'adhésion et/ou les années suivantes en cas d'absence de tout remboursement optique l'année précédente pour le bénéficiaire concerné.

Certificat d'Adhésion :

Document reprenant les éléments personnels de chaque assuré, ainsi que leurs déclarations et les garanties souscrites.

Chirurgie de la myopie (réfractive) :

Intervention chirurgicale destinée à réduire la myopie par modification de la géométrie de la cornée en utilisant la technique du laser.

Echéance principale :

Correspond à la date anniversaire de l'adhésion.

Hospitalisation :

Tout séjour dans un établissement de soins public ou privé, dès lors que ce séjour a pour objet le traitement médical ou chirurgical d'une maladie ou d'un accident garantis. Sont considérées comme une hospitalisation unique, deux ou plusieurs hospitalisations dues à la même maladie ou au même accident qui ne sont pas séparées par plus de 30 jours.

Implants dentaires :

Technique qui peut remplacer le bridge. Une racine artificielle est placée dans l'os. Une couronne est ensuite scellée ou vissée dessus.

Maladie :

Toute altération de la santé constatée par une autorité médicale compétente.

Maternité :

Etat de grossesse pendant lequel les frais liés à cette grossesse sont pris en charge à hauteur de 100 % du TC par le Régime Obligatoire de l'Assurée.

Médecine non conventionnelle :

Ce terme désigne les actes et prescriptions des homéopathes, acupuncteurs, des ostéopathes, chiropracteurs et éthiopathes inscrits au registre officiel de la Sécurité Sociale française ou adhérents de l'un des organismes suivants : Registre des Ostéopathes de France, Union Fédérale des Ostéopathes de France, Syndicat National des Ostéopathes de France et Registre National des Ethiopathes. Cette liste pourra être élargie ultérieurement par l'Assureur.

Médicament :

Substance prescrite par un médecin et délivrée par un pharmacien, disposant d'une Autorisation de Mise sur le Marché délivrée par le Ministère de la Santé ou résultant d'une préparation magistrale. Cette définition exclut toutes prothèses et appareillages.

Orthodontie :

Partie de la chirurgie dentaire qui traite des difformités et des anomalies de positionnement des dents.

Orthopédie :

Partie de la médecine qui s'occupe des os et des articulations. Par extension, appareillages nécessités pour corriger des dysfonctionnements ostéo-articulaires.

Pharmacie :

Produits prescrits par un médecin pour prévenir ou guérir une maladie ou les suites d'un accident garanti, délivrés par un pharmacien.

Prothèses dentaires :

On distingue pour le remboursement des prothèses dentaires, les prothèses dentaires visibles concernant les canines et les incisives et les prothèses dentaires non visibles.

Régime obligatoire :

Régime légal français de Prévoyance Sociale auquel est obligatoirement affilié le bénéficiaire et, qui est précisé au Certificat d'Adhésion.

Tarif de convention :

Tarif fixé par les caisses des différents régimes obligatoires pour calculer le remboursement des honoraires et des soins dispensés par l'ensemble des praticiens et auxiliaires médicaux soumis à une convention nationale.

Ticket modérateur :

Fraction du tarif de responsabilité du régime obligatoire qui reste à charge du bénéficiaire

Transport :

Le transport du malade ou de l'accidenté de son domicile ou du lieu de l'accident à l'hôpital (ou à la clinique) le plus proche et vice versa, à condition que le transport ait été effectué d'urgence ou sur l'ordre du médecin.

CONVENTION D'ASSISTANCE - téléphone assistance : 01 41 85 84 00

La présente convention d'assistance constitue les conditions générales du contrat SAP ASSISTANCE. Elle détermine les prestations qui seront fournies par EUROP ASSISTANCE FRANCE, entreprise régie par le Code des Assurances, dans le cadre des contrats d'assurance maladie ASSUREO SANTE.

ARTICLE 1 - OBLIGATIONS DES BENEFICIAIRES EN CAS D'ASSISTANCE

Pour permettre à EUROP ASSISTANCE d'intervenir dans les meilleures conditions, il est nécessaire :

- d'appeler sans attendre EUROP ASSISTANCE BP 94 - 92633 GENNEVILLIERS CEDEX au 01.41.85.84.00.,
- d'obtenir son accord préalable avant de prendre toute initiative ou d'engager toute dépense,
- de vous conformer aux solutions que nous préconisons,
- de fournir tous les justificatifs originaux des dépenses dont le remboursement est demandé. En cas de fausse déclaration, EUROP ASSISTANCE se réserve le droit de prendre toutes dispositions relatives à ses obligations, et le cas échéant, d'en refuser le remboursement.

ARTICLE 2 - DEFINITIONS

2.1. Bénéficiaires

Les bénéficiaires des garanties sont :

- L'assuré
- Son conjoint ou concubin
- Leurs enfants de moins de 20 ans, vivant sous leur toit et à charge fiscalement.

Les bénéficiaires doivent avoir leur domicile légal c'est-à-dire leur résidence principale et habituelle en France métropolitaine ou en Principauté de Monaco.

2.2. Validité de la garantie

La garantie "assistance" est valable jusqu'au 31.12 de l'année en cours à compter de la date de prise d'effet du contrat d'assurance maladie. Elle est liée à la validité du contrat d'assurance, et est automatiquement résiliée et arrive à échéance, à la même date et dans les mêmes conditions que celui-ci.

2.3. Accident

Par accident, il faut entendre une atteinte corporelle non intentionnelle de la part du bénéficiaire, résultant de l'action soudaine d'une cause extérieure.

2.4. Hospitalisation

Par hospitalisation, il faut entendre dans la présente convention toute hospitalisation récente et imprévue, prescrite en urgence par un médecin, consécutive à une maladie ou à un accident (voir définition) survenant inopinément.

2.5. Immobilisation au domicile

Toute immobilisation au domicile prescrite par un médecin, consécutive à un accident ou à une hospitalisation.

2.6. Domicile

Par domicile, il faut entendre le lieu de résidence principale et habituelle du bénéficiaire en France métropolitaine ou Principauté de Monaco, désigné aux conditions particulières du contrat d'assurance maladie.

2.7. Etendue territoriale

Les garanties décrites dans la présente convention s'appliquent en France métropolitaine et Principauté de Monaco uniquement, au domicile du bénéficiaire mentionné aux conditions particulières du contrat d'assurance maladie.

ARTICLE 3 - PRESTATIONS D'ASSISTANCE

3.1. En cas d'hospitalisation récente et imprévue de l'assuré ou de son conjoint/concubin

a) Aide-ménagère

EUROP ASSISTANCE recherche, dans la limite des disponibilités locales, une aide ménagère pour se rendre au domicile du bénéficiaire :

- soit durant l'hospitalisation pour venir en aide au conjoint et aux enfants restés seuls,
- soit au retour du bénéficiaire hospitalisé, pour lui venir en aide pendant sa convalescence.

EUROP ASSISTANCE prend en charge les frais d'aide-ménagère à concurrence de 15 heures, celles-ci devant être effectuées dans un délai de 30 jours maximum à compter de la date de retour d'hospitalisation.

b) Présence hospitalisation

En cas d'hospitalisation supérieure à 8 jours, EUROP ASSISTANCE organise et prend en charge le déplacement aller/retour par train 1^{ère} classe ou avion de ligne classe économique (si plus de 8 heures de train) d'une personne choisie par le souscripteur résidant en France métropolitaine ou en Principauté de Monaco pour se rendre à son chevet. EUROP ASSISTANCE prend en charge également les frais d'hôtel de cette personne à concurrence de 31 EUR TTC par nuit pendant 3 nuits maximum (chambre et petit déjeuner). Cette prestation est accordée une seule fois par hospitalisation.

c) Garde des enfants de moins de 16 ans

EUROP ASSISTANCE organise et prend en charge :

- Soit le voyage aller/retour en train 1^{ère} classe ou avion de ligne classe économique (si plus de 8 heures de train) d'une personne désignée par le bénéficiaire, depuis son domicile en France métropolitaine ou en Principauté de Monaco jusqu'au domicile du bénéficiaire, pour venir garder les enfants âgés de moins de 16 ans qui viendraient à se trouver seuls.
- Soit le voyage aller/retour d'une hôtesse de EUROP ASSISTANCE pour accompagner les enfants restés seuls, jusqu'au domicile d'un proche désigné par le bénéficiaire et résidant en France métropolitaine ou en Principauté de Monaco. EUROP ASSISTANCE prend également en charge le coût du voyage aller/retour des enfants.

d) En cas d'hospitalisation récente ou imprévue de l'assuré ou de son conjoint ou concubin ou de leurs enfants

EUROP ASSISTANCE prend en charge les frais de téléphone ou de location d'un téléviseur à l'hôpital ou à la clinique, à concurrence de 77 euros.

e) Les bénéficiaires se voient dans l'obligation d'annuler leurs vacances

EUROP ASSISTANCE prend en charge les frais d'annulation d'hôtel ou de location d'appartement à concurrence de 77 euros.

f) Transfert et garde des animaux de compagnie (chiens, chats) EUROP ASSISTANCE se charge :

- Soit de rechercher l'établissement de garde pour animaux (chiens et chats) le plus proche du domicile de l'assuré. Dans ce cas, EUROP ASSISTANCE organise et prend en charge le transport du ou des animaux jusqu'à cet établissement proche du domicile et participe aux frais de garde en chenil pendant 7 jours consécutifs maximum,
- Soit d'organiser le transport du ou des animaux jusqu'au domicile d'un proche résidant en France métropolitaine ou en Principauté de Monaco désigné par l'assuré. EUROP ASSISTANCE prend en charge les frais de transport dans la limite de 50 kilomètres.

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

3.2 En cas d'immobilisation au domicile d'un bénéficiaire

EUROP ASSISTANCE pourra, sur simple appel téléphonique d'un bénéficiaire, rendre les services suivants :

a) Recherche d'une ambulance ou d'un Véhicule Sanitaire Léger

EUROP ASSISTANCE organise le transport en ambulance ou VSL des bénéficiaires jusqu'au centre de soins ou d'examen désigné par eux ou par leur médecin. Le coût du transport est à la charge du bénéficiaire.

b) Recherche d'un médecin en urgence

En dehors des heures et jours de consultation du médecin traitant habituel de l'assuré ou de son conjoint ou concubin, EUROP ASSISTANCE recherche le médecin de garde ou le service médical d'urgence proche des bénéficiaires afin qu'il se rende auprès de ces derniers. Les honoraires du médecin de garde ou du service médical sont à la charge du bénéficiaire.

c) Recherche de médicaments

Le médecin vient de prescrire au bénéficiaire des médicaments par ordonnance et personne ne peut aller les chercher, un prestataire de EUROP ASSISTANCE se rendra auprès du bénéficiaire pour prendre possession de l'ordonnance et rechercher les médicaments à la pharmacie habituelle du bénéficiaire ou à la pharmacie de garde.

Le coût des médicaments reste à la charge du bénéficiaire. Les renouvellements d'ordonnance sont exclus.

d) Conseil Santé

Sur simple appel téléphonique de 9 heures à 18 heures, sauf les dimanches et les jours fériés, EUROP ASSISTANCE s'efforce de rechercher les renseignements à caractère documentaire destinés à orienter les démarches du bénéficiaire dans le domaine de la santé (prestations de la sécurité sociale, accidents de travail, ...). S'il ne lui est pas possible de donner une réponse immédiate, EUROP ASSISTANCE effectue des recherches et rappelle le bénéficiaire à son domicile. EUROP ASSISTANCE apporte aux questions qui lui sont posées une réponse objective à partir d'éléments officiels et ne peut en aucun cas être tenue pour responsable des interprétations du bénéficiaire ni de leurs conséquences éventuelles.

3.3 En cas de maladie ou blessure d'un enfant bénéficiaire, occasionnant une absence scolaire supérieure ou égale à 12 jours ouvrés

En cas de maladie ou blessure d'un enfant bénéficiaire, occasionnant une absence scolaire d'une durée supérieure ou égale à 12 jours ouvrés, EUROP ASSISTANCE recherche un ou des enseignants à domicile proches du domicile de l'assuré qui sera(ont) en mesure d'assurer la continuité du programme scolaire au domicile de l'assuré (en dehors des périodes de vacances scolaires) dans les matières suivantes : mathématiques, physique, français, anglais, espagnol, allemand.

EUROP ASSISTANCE s'engage à rechercher un enseignant à domicile dans un délai maximum de 3 jours ouvrés suivant la demande et prend en charge l'intervention de l'enseignant (cours et déplacement) à concurrence de 12 heures.

L'enseignement est dispensé pour des élèves du primaire aux classes de terminales incluses.

Chaque matière choisie devra faire l'objet de 4 heures de cours au minimum, sachant qu'aucun déplacement ne sera effectué par un enseignant pour moins de 2 heures de cours consécutives.

Cette prestation pourra être demandée et mise en œuvre pendant une période de 1 mois à compter de la date d'immobilisation de l'enfant.

EUROP ASSISTANCE demandera à l'assuré de lui adresser sous 48 heures un certificat médical attestant l'absence scolaire pour raisons de santé pour une période supérieure ou égale à 12 jours ouvrés.

DANS TOUS LES CAS, EUROP ASSISTANCE SE RESERVE LE DROIT DE DEMANDER AU BENEFICIAIRE DE LUI FOURNIR UN CERTIFICAT D'HOSPITALISATION OU D'IMMOBILISATION AU DOMICILE.

ARTICLE 4 - EXCLUSIONS ET CAS DE FORCE MAJEURE

4.1. Ne peuvent donner lieu à intervention et/ou prise en charge de EUROP ASSISTANCE :

- les frais engagés sans l'accord préalable de EUROP ASSISTANCE ;
- les affections ou lésions bénignes ne justifiant pas une immobilisation à domicile ;
- les maladies mentales ayant déjà fait l'objet d'un traitement ;
- les rechutes et/ou complications d'un état pathologique constitué antérieurement à la date de souscription ou de renouvellement du contrat d'assurance maladie et comportant un risque d'aggravation brutale ;
- les états de grossesse déjà connus avant la date de prise d'effet ou de renouvellement des contrats d'assurance maladie, sauf dans les cas de complication nette et imprévisible, et, dans tous les cas, les états de grossesse à partir de la 28^{ème} semaine ;
- les visites médicales de contrôle ;
- les maladies ou accidents dont l'origine est antérieure à la date de prise d'effet du contrat d'assurance maladie ;
- toute situation consécutive à l'usage de drogues non prescrites, stupéfiants et produits assimilés ;
- les hospitalisations prévues ;
- tout événement ou prestation non prévus par la présente convention.

4.2. Cas de force majeure

EUROP ASSISTANCE ne peut être tenue pour responsable des manquements à l'exécution des prestations résultant de cas de force majeure ou d'événements tels que guerre civile ou étrangère, émeutes, instabilité politique notoire, mouvements populaires, répressailles, actes de terrorisme, restrictions à la libre circulation des personnes et des biens, grèves, explosion, dégagement de chaleur ou irradiation provenant de la transmutation ou de la désintégration d'un noyau d'atome et autres cas fortuits, ni des empêchements dans l'exécution des prestations résultant des mêmes causes.

Le fait de grève ne constitue pas une raison de déclenchement de nos services.

ARTICLE 5 - SUBROGATION

EUROP ASSISTANCE FRANCE est subrogée, à concurrence des indemnités payées et des services fournis par elle dans les droits et actions du bénéficiaire contre toute personne responsable des faits ayant motivé son intervention.

ARTICLE 6 - PRESCRIPTION

Toute action dérivant de cette convention est prescrite dans un délai de 2 ans à compter de l'événement qui y donne naissance.