

ASSURANCE SANTE

Notice d'information valant information contractuelle et précontractuelle (article L 141-4 du Code des Assurances)

Pour nous contacter pour une question relative au règlement des prestations, contacter : TELSANTE 03 88 14 00 33
Une seule adresse : TELSANTE - 63, chemin Antoine Pardon - 69814 TASSIN CEDEX Madame, Monsieur,

Madame, Monsieur

Vous avez choisi, pour couvrir les remboursements de vos frais de santé, notre Société SERENIS ASSURANCES SA et nous vous en remercions. Nous vous invitons à vous reporter au Bulletin d'Adhésion et au tableau de garantie qui vous ont été remis et qui complètent cette notice d'information, afin de connaître les caractéristiques de votre contrat personnel, en particulier les garanties que vous avez souscrites.

SOMMAIRE

Définitions	1
Le contrat collectif	3
Art. 1 - La nature du contrat	2
Art. 2 - L'objet du contrat	2
Art. 3 - Le caractère du contrat	2
Art. 4 - Principe indemnitaire - pluralité d'organismes assureurs	2
La vie du contrat	3
Art. 5 - Les conditions et les formalités d'adhésion	3
Art. 6 - Les cotisations	3
Art. 7 - La résiliation des adhésions	4
Art. 8 - Les obligations de l'adhérent	4
Art. 9 - La fraude et la fausse déclaration	5
Art. 10 - L'étendue territoriale des garanties et les frais à l'étranger	5
Art. 11 - La prescription	5
Les garanties	5
Art. 12 – Dispositions générales	5
Art. 13 - Le règlement des prestations	5
Art. 14 – Les exclusions.	8
Art. 15 – La subrogation	8
Modalité d'envoi	8
Les services associés au contrat	8
- La Carte Avance Santé	8
- La Télétransmission	8
- TelSanté	8
Informations Légales	9
- Loi et langue applicable	9
- Réclamation	9
- Médiation	9
- Autorité de contrôle	9
- Données à caractère personnel	9
- Dématérialisation	10
- Faculté d'opposition au démarchage téléphonique	10
Dispositions spécifiques à la vente à distance, au démarchage, et à la souscription par internet	10
La convention d'assistance	11
- Assistance Service Plus	11
- Garantie Frais de Santé à l'Etranger	13
- Dispositions générales	16
- Demande d'assistance	17
- Obligations du bénéficiaire en cas d'assistance	17

DEFINITIONS

Pour l'application du contrat, il faut entendre par :

100% santé :

Dispositif par lequel les assurés peuvent bénéficier de certaines prestations d'optique, d'aides auditives et de prothèses dentaires intégralement remboursées par l'assurance maladie obligatoire et les complémentaires de santé, donc sans frais restant à leur charge, sous réserve que les professionnels de santé respectent les tarifs maximums.

Accident : Toute atteinte corporelle non intentionnelle et non prévisible de la part de l'adhérent ou du bénéficiaire, suite à des événements soudains et imprévus, individuels ou collectifs dus à des causes extérieures.

Ne sont pas considérées comme accidents les affections organiques, connues ou non dès lors que la cause réputée extérieure n'est pas matérielle. Ces événements peuvent être, entre autres : un malaise cardiaque, un infarctus du myocarde, un spasme coronarien, des troubles du rythme cardiaque, une attaque ou une hémorragie cérébrale.

Actes de prévention : Mesures destinées à éviter la survenance d'un accident, l'apparition d'une maladie, ainsi que les moyens visant à en limiter l'aggravation ou les séquelles.

Adhérent : Toute personne physique qui, par la signature du bulletin d'adhésion, demande à bénéficier des dispositions du contrat sous réserve que son adhésion ait pris effet dans les conditions déterminées par la présente notice d'information.
L'adhérent souscrit le contrat pour lui-même et pour les bénéficiaires qu'il désigne

AMM : Autorisation de mise sur le marché, accordée aux médicaments ayant prouvé leur efficacité et leur sécurité d'emploi, délivrée par l'AFSSAPS.

Année de garantie : Période comprise entre deux échéances principales consécutives.

Assurance Maladie Complémentaire : Ensemble des garanties assurant la prise en charge, à titre individuel ou collectif, pour une personne ou sa famille, de tout ou partie des frais liés à la santé.

Assurance Maladie Obligatoire : Régimes obligatoires couvrant tout ou une partie des dépenses liées à la maladie, à la maternité et aux accidents.

Assuré social : Toute personne immatriculée à titre personnel à un régime obligatoire d'assurance maladie.

Audioprothèse ou prothèse auditive : appareil électronique destiné à capter, traiter et amplifier les sons pour les adapter aux capacités de perception et de tolérance du patient.

Avenant : Modification demandée en cours d'adhésion et faisant partie intégrante de l'adhésion.

Ayant droit : toute personne à charge de l'assuré social au sens de la Sécurité sociale et bénéficiant à ce titre des prestations.

Base de Remboursement

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

- **Tarif de convention (TC)** lorsque les actes sont effectués par un professionnel de santé conventionné avec l'assurance maladie obligatoire. Il s'agit d'un tarif fixé par une convention signée entre l'assurance maladie obligatoire et les représentants de cette profession.

- **Tarif d'autorité (TA)** lorsque les actes sont effectués par un professionnel de santé non conventionné avec l'assurance maladie obligatoire. Il s'agit d'un tarif forfaitaire qui sert de base de remboursement. Il est très inférieur au tarif de convention.

- **Tarif de responsabilité (TR)** pour les médicaments, appareillages et autres biens médicaux.

Bénéficiaire : Toute personne assurée, nommément désignée sur le bulletin d'adhésion, et acceptée par l'assureur.

Conjoint de l'adhérent

Par conjoint il faut entendre :

- La personne mariée à l'adhérent,
- La personne signataire d'un PACS (Pacte Civil de Solidarité) avec l'adhérent,
- Le concubin notoire, libre de tout lien conjugal ou de PACS avec l'adhérent et vivant sous le même toit que l'adhérent.

Déchéance : Perte du droit à la garantie de l'assureur pour un sinistre donné au cas où l'assuré ne respecte pas ses obligations.

Dépassement de tarif : Montant excédant la base de remboursement de l'assurance maladie obligatoire et non pris en charge par la Sécurité sociale.

Dioptrie : Unité de mesure de la puissance d'un verre correcteur. Elle résulte de l'ensemble des éléments chiffrés notés sur la prescription en fonction du type de corrections visuelles (myopie, hypermétropie, astigmatisme, presbytie) et au travers des données techniques (sphère, cylindre dans sa forme positive, axe et addition) nécessaires à la réalisation des verres.

Un élément isolé de la prescription, exprimé en positif ou négatif, ne peut à lui seul exprimer la dioptrie finale des verres déterminant la base de remboursement retenue par la sécurité sociale et la garantie complémentaire.

Echéance principale

Date anniversaire de la date d'effet de l'adhésion.

Exclusion : Clause par laquelle l'assureur manifeste sa volonté d'écarter de la garantie certains événements ou types de dommages.

Forfait journalier hospitalier : participation forfaitaire du patient aux frais d'hébergement et d'entretien entraînés par son hospitalisation.

Honoraires Limites de de Facturation (HLF) : Montant maximum pouvant être facturé pour un acte donné par un chirurgien-dentiste conventionné avec l'assurance maladie obligatoire. Ces honoraires sont définis par la réglementation.

Hospitalisation : Séjour prescrit par un médecin, effectué par un bénéficiaire pendant au moins une nuit, dans un établissement de santé, public ou privé, pour y recevoir des soins médicaux ou chirurgicaux nécessités par une maladie, un accident ou une maternité.

Maternité : L'état de grossesse, l'interruption de grossesse, l'accouchement, les suites de couches ainsi que les complications pathologiques de ces événements.

Médecine complémentaire : la chiropratique, l'étiopathie, l'ostéopathie et l'acupuncture sont des méthodes manuelles à visée curative.

Prescription : Délai au terme duquel toute action dérivant du contrat est éteinte.

Prix limite de vente (PLV)

Le prix limite de vente correspond au prix maximum de vente d'un dispositif médical, au bénéficiaire. Les prix limites de vente sont fixés par la réglementation en vigueur.

Résiliation : Fin de l'adhésion à l'initiative de l'adhérent ou de l'assureur, dans les cas et conditions prévus par la loi, ou dans le contrat d'assurance, à une date précise et en respectant un délai de préavis.

Soins courants : Frais exposés pour une maladie ou un accident qui n'entrent pas dans le cadre d'une hospitalisation et qui donnent lieu à remboursement par le régime d'assurance maladie obligatoire de la Sécurité sociale.

Tarif forfaitaire de responsabilité : Le TFR est un tarif de référence pour le remboursement de certains médicaments

Télétransmission : Système informatique d'échange d'informations.

Ticket modérateur : Part de dépense laissée à la charge du bénéficiaire des soins, correspondant à la différence entre la base de remboursement et le montant remboursé par le régime obligatoire d'assurance maladie.

1. NATURE DU CONTRAT

Le présent contrat est un contrat groupe à adhésion facultative. Il est conclu entre SERENIS ASSURANCES SA, ci-après dénommé « assureur » et PROCOURTAGE, ci-après dénommé « souscripteur ». Et l'Association de retraite populaire individuelle (ARPI).

Ce contrat est régi par le Code des assurances et peut faire l'objet de modifications ; à cette occasion une information écrite est adressée aux adhérents.

2. OBJET DU CONTRAT

Le contrat a pour objet d'accorder aux adhérents un complément aux prestations en nature versées par un régime obligatoire d'assurance maladie en France (à l'exclusion des départements et Territoire d'Outre Mer) ou, dans les cas expressément énumérés dans le tableau des garanties, aux dépenses de santé médicalement prescrites ou non.

Ce remboursement est garanti pour les frais afférents à des sinistres survenus durant la période de validité de l'adhésion en cas de maladie, d'accident ou de maternité.

Dans la limite de la dépense réelle, ce remboursement correspond soit à la différence entre le pourcentage du tarif retenu par le régime obligatoire et son remboursement, soit à un montant forfaitaire, selon les modalités décrites dans le tableau des garanties.

3. CARACTERE DU CONTRAT

Le contrat est solidaire c'est-à-dire sans formalités médicales à l'adhésion et le montant de la cotisation n'est pas fonction de l'état de santé de l'adhérent.

Le contrat respecte les critères des contrats responsables prévus par l'article L 871-1 du Code de la sécurité sociale et dont dépend le bénéfice des avantages sociaux et fiscaux des contrats complémentaires santé.

En cas d'évolution de la réglementation ayant pour effet de modifier la définition des critères du contrat solidaire et le cahier des charges du contrat responsable, les garanties pourront être adaptées.

4. PRINCIPE INDEMNITAIRE – PLURALITE D'ORGANISMES ASSUREURS

Les remboursements des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à votre charge après les remboursements de toute nature auxquels vous avez droit et avant la prise en charge instaurée par l'article L 861-3 du Code de la Sécurité sociale* (alinéa 1 de l'article 9 loi du 31 décembre 1989).

Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie, quelle que soit sa date de souscription. Dans cette limite, vous pouvez obtenir l'indemnisation en vous adressant à l'organisme de votre choix (article 2 alinéa 1 décret n°90-769 du 30 août 1990).

*Prise en charge au titre de la protection complémentaire en matière de santé.

5. CONDITIONS ET FORMALITES D'ADHESION**5.1. Qualité d'Adhérent ou de Bénéficiaire**

Toute personne physique âgée de 16 ans au minimum, et assujettie à un régime d'assurance maladie obligatoire en vigueur en France métropolitaine peut bénéficier de ce contrat en qualité d'adhérent.

L'âge maximum autorisé à la date d'effet de l'adhésion à la formule Sérénité est fixé à 60 ans.

Les autres bénéficiaires peuvent être :

- le conjoint de l'adhérent, assujetti à titre personnel ou à titre d'ayant droit ;
- les ayants droit de l'un ou de l'autre ;
- les enfants étudiants ou à charge fiscalement de l'adhérent ou du conjoint jusqu'à leur 28 ans inclus.

Selon la formule du contrat choisie des limitations de souscription liées au régime obligatoire et/ou à l'âge de l'adhérent à la date d'effet seront appliquées.

Ce contrat peut être souscrit dans le cadre de l'article L.144-1 du Code des assurances (« Madelin »).

5.2. Prise d'effet et durée de l'adhésion

La date de prise d'effet de l'adhésion est celle mentionnée sur le bulletin d'adhésion.

5.2.1. Prise d'effet

La prise d'effet de l'adhésion est subordonnée :

- à l'acceptation par l'assureur des personnes à garantir ;
- à l'encaissement de la 1^{ère} cotisation relative à l'adhésion au contrat selon les modalités fixées par l'article 6.1 de la présente notice d'information.

5.2.2. Durée

L'adhésion a une durée annuelle. Elle se renouvelle, sous réserve du paiement de la cotisation, à chaque anniversaire de sa prise d'effet, par tacite reconduction et aussi longtemps que l'adhésion est en vigueur. L'adhésion est viagère dès la date d'effet. Une fois la demande d'adhésion acceptée, un adhérent ne peut plus être radié ou voir sa cotisation majorée, en raison d'une dégradation de son état de santé ou de sa consommation médicale.

5.3. MODIFICATION DE GARANTIE

La formule choisie au moment de l'adhésion s'applique à l'ensemble des bénéficiaires du contrat. Aucune modification de garantie n'est possible la première année de garantie.

Après une année de garantie la modification de la formule est possible à tout moment (sous réserve de la limite d'âge fixée à 60 ans pour la formule Sérénité) et la nouvelle formule choisie s'applique pour douze mois à l'ensemble des bénéficiaires.

6. COTISATIONS**6.1. Montant à l'adhésion**

Le montant de la cotisation annuelle est précisé sur le bulletin d'adhésion. Les cotisations sont payables d'avance au siège de l'assureur ou de son mandataire ou par prélèvement sur le compte bancaire indiqué sur la demande d'adhésion.

Lorsque vous optez pour le paiement de votre prime par prélèvement, le bulletin d'adhésion remis lors de la souscription ou de l'avenant vaut prénottification des prélèvements effectués aux échéances convenues.

6.2. Variation des cotisations en cours d'adhésion

Les cotisations du contrat évoluent selon l'âge atteint par les personnes assurées, à chaque anniversaire de la prise d'effet de l'adhésion et en fonction :

- du résultat enregistré par le contrat collectif au cours de l'exercice précédent ;
- du coût des actes médicaux ;
- du lieu de domicile de l'adhérent ;
- du changement de régime de base de l'assuré social.

En cas de modification du régime de base de la Sécurité sociale ou de variation d'intervention dans le montant laissé à la charge de l'adhérent par son régime, l'assureur se réserve le droit de modifier également les cotisations, en dehors de la date anniversaire de la prise d'effet de l'adhésion.

6.3. Conséquences du retard dans le paiement

Si vous ne réglez pas votre cotisation ou fraction de cotisation dans les 10 jours de son échéance, l'intégralité de la prime annuelle devient immédiatement exigible. Si un fractionnement (semestriel, trimestriel ou mensuel) du paiement de la prime était en place sur votre contrat, vous perdez le bénéfice de cette facilité de paiement.

Nous adresserons, à votre dernier domicile connu, sous pli recommandé, une lettre de mise en demeure qui prévoit, si vous ne nous avez pas réglé entre-temps,

- une suspension de vos garanties, TRENTE JOURS après l'envoi de cette lettre ;
- la résiliation de votre contrat DIX JOURS après l'expiration de ce délai de trente jours.

L'envoi de cette mise en demeure est indépendant de notre droit de poursuivre l'exécution du contrat en justice.

Si les garanties de votre contrat ont été suspendues mais que vous payez, avant que votre contrat ne soit résilié, la cotisation due, vos garanties reprendront leurs effets le lendemain à midi du jour du paiement.

Si la cotisation demeure impayée après la résiliation du contrat, nous poursuivrons le recouvrement des sommes qui nous sont dues, ce qui s'entend de l'intégralité de la prime non payée jusqu'à la date de résiliation de votre contrat, ainsi que d'une pénalité correspondant à 2 mois de cotisations.

7. RESILIATION DE L'ADHESION

7.1. Résiliation par l'adhérent

7.1.1. Résiliation de l'adhésion au contrat

L'adhésion est résiliable par l'adhérent :

- à la fin de la première période annuelle d'assurance, moyennant préavis d'un mois à adresser à l'assureur par lettre recommandée, soit par une déclaration faite contre récépissé au siège de l'assureur, soit par acte extra judiciaire,
- à tout moment au-delà de la première année d'assurance, moyennant préavis d'un mois.

7.1.2. Majoration des cotisations

L'adhésion est résiliable par l'adhérent en cas d'augmentation de la cotisation appliquée dans les conditions prévues à l'article 6.2. de la présente notice d'information. L'adhérent pourra résilier l'adhésion dans les quinze jours suivant celui où il aura eu connaissance de l'augmentation.

La résiliation prendra effet un mois après notification à l'assureur. Celui-ci aura droit à la portion de cotisation calculée sur les bases de la cotisation précédente, au prorata du temps écoulé entre la date de la dernière échéance et la date d'effet de la résiliation.

7.2. Survenance d'un événement

L'adhérent et l'assureur peuvent résilier l'adhésion en cas de :

- changement de profession,
 - changement de situation matrimoniale,
 - changement de régime matrimonial,
 - changement de domicile hors de France métropolitaine,
 - retraite professionnelle ou cessation définitive d'activité professionnelle ;
- quelle que soit la durée écoulée depuis l'adhésion, et à condition que les risques garantis en relation directe avec la situation antérieure, ne se retrouvent pas dans la situation nouvelle.

Durant la première année, la résiliation de l'adhésion ne peut intervenir que dans les trois mois qui suivent la date de l'événement et prend effet un mois après que l'autre partie en ait reçu notification.

Au-delà elle peut intervenir à tout moment moyennant un préavis d'un mois.

7.3. Résiliation par l'assureur

L'assureur peut résilier l'adhésion :

- en cas de non-paiement de la cotisation dans les conditions prévues à l'article 6.3. de la présente notice d'information ;
- en cas de réticence ou de déclaration intentionnellement fautive, d'omission ou de déclaration inexacte de circonstances connues de l'adhérent dans la déclaration du risque ou en cours d'adhésion
- en cas de fraude au sens de l'article 9 de la présente notice d'information ;
- lorsque l'adhérent ne relève plus d'un régime d'assurance maladie obligatoire en France métropolitaine. Dans ce cas, la résiliation prendra effet de plein droit un mois après la date à laquelle l'assureur aura eu connaissance de la nouvelle situation.

7.4. Résiliation de plein droit en cas de perte de notre agrément.

8. LES OBLIGATIONS DE L'ADHERENT

8.1. En cours d'adhésion

L'adhérent doit signaler à l'assureur, par écrit, dans un délai de quinze jours à partir du moment où il en a eu connaissance, tout changement de régime d'assurance maladie obligatoire, ainsi que toute modification du nombre d'ayants droit.

8.2. En cas de sinistre

L'adhérent doit remettre à l'assureur toutes pièces concernant les frais exposés et permettant à l'assureur de déterminer le montant de sa participation.

9. FRAUDE ET FAUSSE DECLARATION

Si l'adhérent ne fournit pas les pièces demandées il est déchu de tout droit aux prestations pour le sinistre en cause.

Si de mauvaise foi, l'adhérent ou le bénéficiaire fait de fausses déclarations, exagère le montant des frais, emploi comme justification des documents inexacts ou use de moyens frauduleux, il est entièrement déchu de tout droit aux prestations. Il appartient à l'assureur d'établir le caractère frauduleux.

10. L'ETENDUE TERRITORIALE DES GARANTIES ET FRAIS A L'ETRANGER

Les garanties du présent contrat s'appliquent dans tous les Etats membres de l'Union Européenne, y compris les départements et régions français d'outre-mer (DOM – ROM) sous réserve du maintien au régime français de Sécurité sociale.

Elles s'exercent également dans le monde entier pour les voyages ou séjours n'excédant pas six mois.

Le règlement des frais à l'étranger est effectué sur la base des factures originales détaillées acquittées et des justificatifs de participation du régime de base, ainsi que du motif des soins dispensés à l'étranger.

Les soins non pris en charge par la sécurité sociale ne peuvent faire l'objet d'aucun remboursement.

Notre remboursement est effectué en euros selon les mêmes critères que les soins dispensés en France dans la limite des frais réels convertis en euros. Les modalités de prises en charge sont définies dans le tableau de garanties.

Nous pouvons vous demander des renseignements complémentaires pour déterminer notre participation (caractéristique du séjour, copie de factures, nature des soins ou traduction)

Si vous avez fait appel à un protocole d'assistance vous vous engagez à nous en informer.

11. LA PRESCRIPTION

La prescription est la date ou la période au-delà de laquelle aucune réclamation n'est plus recevable. Elle est régie par les règles ci-dessous, édictées par le Code des Assurances, lesquelles ne peuvent être modifiées, même d'un commun accord, par les parties au contrat d'assurance.

Délai de prescription :

Aux termes de l'article L 114-1 du Code « *Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.*

Toutefois, ce délai ne court :

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

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

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

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

Causes d'interruption de la prescription :

Aux termes de l'article L 114-2 du Code « *La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique, avec accusé de réception, adressés par l'assureur à l'assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'assuré à l'assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.*»

Les causes d'interruption ordinaires sont les suivantes :

- toute assignation ou citation en justice, même en référé,
- tout acte d'exécution forcée,
- toute reconnaissance par l'assureur du droit à garantie de l'assuré,
- toute reconnaissance de dette de l'assuré envers l'assureur,
- une mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles d'exécution.

LES GARANTIES

Les garanties du contrat ainsi que leurs modalités d'application sont décrites dans le "Tableau des garanties" remis lors de l'adhésion au présent contrat. Le remboursement s'effectue, dans la limite des frais réellement engagés, selon la formule choisie par l'adhérent au bulletin d'adhésion et acceptée par l'assureur.

12. DISPOSITIONS GENERALES

Seuls les frais correspondant à des actes dispensés pendant la période de garantie pourront être pris en charge, en fonction des garanties et limites décrites dans le tableau de garanties.

Les garanties exposés dans le tableau des garanties couvrent des prestations avec et sans prise en charge du régime de base obligatoire.

Les garanties sont exprimées soit :

- en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale et s'entendent remboursement du régime de base compris,
- en euros dans la limite d'un forfait par année d'assurance ou d'un forfait journalier, incluant le cas échéant, le remboursement du régime obligatoire.

Les frais pris en charge sont, en tout état de cause, limités aux frais réellement engagés.

13. LE REGLEMENT DES PRESTATIONS

Le règlement est effectué sur la base des décomptes transmis directement par le régime obligatoire d'assurance maladie de l'adhérent à l'assureur.

Si le régime obligatoire ne peut pas transmettre directement le décompte, l'adhérent devra envoyer à l'assureur les originaux des décomptes de remboursement.

Dans le cas où le décompte ne mentionne pas les frais réels, l'adhérent y joindra les factures et notes attestant du montant de la dépense réelle; à défaut, les frais réels sont considérés comme n'excédant pas le tarif retenu par le régime obligatoire.

Pour déterminer le montant de sa participation, l'assureur peut demander la facture détaillée et le cas échéant, la prescription médicale. A réception, l'assureur fixe le montant de sa participation en fonction des garanties souscrites et procède au remboursement.

HOSPITALISATION

L'hospitalisation désigne généralement un séjour dans un établissement de santé public ou privé, en vue du traitement médical d'un besoin de santé (soit d'une maladie, d'un accident ou d'une maternité). Ce séjour peut être avec ou sans nuitée (hospitalisation en ambulatoire). L'hospitalisation à domicile constitue une alternative à l'hospitalisation classique, et permet d'assurer des soins chez le patient.

Honoraires

Il s'agit des honoraires des praticiens et auxiliaires médicaux afférents aux soins dispensés au cours d'une hospitalisation dans un établissement de santé. Les honoraires comprennent le ticket modérateur exprimé en pourcentage de la base de remboursement, ainsi que la participation forfaitaire pour les actes lourds et le forfait journalier hospitalier.

Le taux de remboursement varie selon l'adhésion ou non du professionnel de santé à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisé.

Le forfait journalier hospitalier

Il s'agit d'un forfait dû pour tout séjour hospitalier d'une durée supérieure à 24 heures dans un établissement de santé (participation aux frais d'hébergement et d'entretien).

Seul le forfait journalier hospitalier mentionné à l'article L 174-4 du code de la sécurité sociale c'est-à-dire facturé par les établissements de santé fait l'objet d'un remboursement. Le forfait journalier facturé par les établissements médico-sociaux ne fait pas l'objet d'une prise en charge (exemple: les maisons d'accueil spécialisées ou les EHPAD).

Participation forfaitaire actes lourds

Il s'agit d'un forfait qui s'applique pour les actes dits « lourds » pratiqués en ville ou en établissement de santé et dont le tarif est égal ou supérieur à un montant fixé réglementairement.

Frais de chambre particulière, d'accompagnement et de télévision, téléphone, internet

Le règlement est effectué sur présentation des factures détaillées acquittées.

SOINS COURANTS

Il s'agit de l'ensemble des prestations de soins dispensées par des professionnels de santé en dehors d'une hospitalisation ou d'un hébergement dans des établissements de santé ou médico-sociaux.

Les honoraires médicaux

Seuls les dépassements autorisés par la Sécurité sociale sont pris en charge selon les différentes formules.

Pour que le contrat complémentaire santé soit responsable, le taux de remboursement des honoraires médicaux des médecins n'ayant pas souscrit à un dispositif de pratiques tarifaires maîtrisées prévu par la convention médicale sera toujours inférieur au taux de remboursement de ceux ayant adhéré à ce contrat.

Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée

Il s'agit d'un contrat conclu entre le médecin et la Sécurité sociale du type Contrat d'Accès aux Soins (CAS) ou Option Tarifaire Maîtrisée (OPTAM, OPTAM-CO) par lequel le médecin s'engage à limiter ses dépassements d'honoraires.

Les actes techniques et médicaux

Il s'agit des actes réalisés par un médecin ou un spécialiste lors d'une consultation par exemple un frottis pour le gynécologue ou une extraction de dent pour le chirurgien-dentiste.

Les honoraires paramédicaux

Un acte paramédical est un acte effectué par des auxiliaires médicaux tels que les infirmiers, les masseurs – kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes et pédicures/podologues.

Médicament

Il s'agit de l'ensemble des spécialités remboursables inscrites à la liste mentionnée à l'article L 162-17 du code de la Sécurité sociale.

Matériel médical (dont orthopédie et appareillage hors auditif)

Les frais d'appareillage sont pris en charge sur la base des éléments transmis par le régime de base. Une facture détaillée pourra vous être demandée pour déterminer notre participation forfaitaire.

Les actes de prévention

Les actes de prévention mentionnés dans le tableau des garanties s'entendent des actes listés par arrêté ministériel dans le cadre des obligations de prise en charge des contrats responsables. L'ensemble des actes inscrits sur cette liste fait l'objet d'un remboursement dès lors qu'ils sont prescrits par le médecin traitant.

Frais exposés en cas de cure thermale

Le règlement est effectué sur présentation des factures détaillées acquittées.

Vaccins et moyens contraceptifs médicalement prescrits ou non, ayant fait l'objet d'une autorisation de mise sur le marché et non pris en charge par le régime de base

Le règlement est effectué sur la base de l'original de la facture acquittée détaillée comprenant obligatoirement :

- l'identification de l'officine française ;
- l'identification de l'adhérent et/ou des bénéficiaires ;
- la date d'achat ;
- le nom commercial du médicament, du vaccin ou du moyen contraceptif, avec son prix ;
- le montant total de la facture.

La participation prévue dans le tableau des garanties pour les médicaments sans prise en charge de la Sécurité sociale s'applique exclusivement aux médicaments non homéopathiques vendus en pharmacie d'officine en France. La condition de la vente en pharmacie d'officine en France s'applique également aux moyens contraceptifs et aux vaccins.

Les séances de Médecine Complémentaire.

Le remboursement de ces actes se fait sur la base de l'original de la facture acquittée détaillée avec identification du praticien, identification de l'adhérent et/ou des bénéficiaires, nature de l'acte, nombre de séances, prix de l'acte et le montant total perçu.

AIDES AUDITIVES

Les aides auditives aussi appelées audioprothèses sont des dispositifs médicaux visés par la nomenclature relative aux aides auditives, ayant pour objectif de compenser une perte auditive par un appareillage adéquat.

L'équipement auditif est pris en charge une fois tous les 4 ans à compter de la date d'achat du précédent équipement et s'entend pour chaque oreille indépendamment. Le forfait inclut le remboursement de la Sécurité sociale dans la limite des frais réels.

Equipements 100% santé

Les aides auditives sont prises en charge intégralement sous réserve que les professionnels de santé respectent les prix limites de vente fixés réglementairement.

Equipements libres

L'aide auditive est prise en charge à hauteur du forfait indiqué dans le tableau de garantie, au minimum à hauteur du ticket modérateur et dans la limite du forfait prévu par l'article R.871-2 du code de la Sécurité sociale.

Piles et autres consommables :

La garantie piles et autres consommables s'entend par an et elle est pris en charge au minimum à hauteur du ticket modérateur

OPTIQUE

Ce poste comprend les dispositifs médicaux et prestations relatifs à l'optique.

Pour les remboursements optiques la date prise en compte est :

- celle retenue par le régime de base obligatoire pour son remboursement (monture, verres ou lentilles prises en charge par la Sécurité sociale) ;
- la date d'achat lorsqu'il n'y a pas de remboursement d'un régime obligatoire, notamment pour les lentilles.

Les forfaits des équipements optiques incluent le ticket modérateur et la part de remboursement du régime de la Sécurité sociale, dans la limite des frais réels.

Pour les bénéficiaires jusqu'à 15 ans inclus

Le remboursement est accordé lorsqu'un délai de 12 mois est écoulé entre la date de deux achats optiques. Le remboursement est accordé tous les 6 mois pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur. Par dérogation, en cas d'évolution de la vue justifiée par une nouvelle prescription ophtalmologique, le renouvellement de la prise en charge des verres est possible sans délai pour l'acquisition de verres.

Pour les bénéficiaires à partir de 16 ans

Le remboursement est accordé lorsqu'un délai de 24 mois est écoulé entre la date de deux achats optiques. Ce délai est ramené à 12 mois lorsque le renouvellement de l'équipement fait suite à une évolution de la vue qui devra être justifiée par la prescription médicale ou par le devis et la facturation de l'opticien.

Dans tous les cas, aucun délai de renouvellement des verres n'est requis en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières faisant l'objet d'une nouvelle prescription ophtalmologique.

La période pendant laquelle un équipement peut être remboursé s'apprécie à la date d'achat du dernier élément de l'équipement.

Le remboursement est effectué sur la base de la codification LPP (Liste des Produits et Prestations de la Sécurité sociale) figurant sur la facture de l'opticien qui détermine la nature des verres et la garantie appliquée selon le tableau des garanties.

Equipement 100% santé

Ce poste vise les équipements (verres + montures) relevant du dispositif 100% santé. Les prestations et les montants sont définis par la nomenclature des opticiens. La prise en charge des actes entrant dans ce dispositif est intégrale, sous réserve que le professionnel de santé respecte les prix limite de vente imposés par la nomenclature.

L'atout qualité vision est un complément au forfait de base versé, pour l'achat de verres progressifs répondant à notre cahier des charges qualité. Cette bonification est accordée dès la première année de garantie, et ensuite une fois tous les 24 mois.

Elle s'applique aux formules Liberté, Privilège et Sérénité et est remboursable sur la base d'une copie du certificat d'authenticité des verres.

Pour tout renseignement concernant les verres progressifs concernés, contactez Telsanté avant tout achat.

Ces garanties ne s'appliquent que pour les paniers maîtrisés/libres et dans le respect des limites fixées par l'article R871-2 du code de la Sécurité Sociale

Les prestations optiques sans prise en charge de la Sécurité sociale

Le règlement du forfait **optique pour des prestations** non prises en charge par la Sécurité sociale intervient sur présentation d'une facture détaillée acquittée comprenant obligatoirement :

- l'identification du praticien;
- l'identification de l'adhérent et/ou des bénéficiaires ;
- la date de prescription ;
- la date de paiement ;
- la nature exacte l'acte ou de l'achat pour les lentilles et produit d'entretien, et les références Sécurité sociale des produits ;
- le montant total de la facture.

DENTAIRE

Le poste dentaire recouvre l'ensemble des prestations relatives aux actes bucco-dentaires.

Soins

Il s'agit de l'ensemble des soins conservateurs, chirurgicaux ou de prévention.

Prothèses :

Il s'agit de l'ensemble des actes prothétiques inscrits à la nomenclature des actes dentaires

Soins et prothèses 100% santé

Ce poste vise les soins et prothèses relevant du dispositif 100% santé. Les actes et les montants sont définis par la convention nationale avec les chirurgiens-dentistes. La prise en charge des actes entrant dans ce dispositif est intégrale, sous réserve que le professionnel de santé respecte les honoraires limites de facturation imposés par la convention.

Les actes dentaires non pris en charge et l'implantologie

La participation prévue au Tableau des garanties pour les actes dentaires hors nomenclature dentaire et l'implantologie est soumise à l'avis du chirurgien-dentiste consultant de l'assureur. Seuls les actes approuvés par le dentiste consultant seront admis au remboursement sur la base d'une facture originale détaillée comprenant obligatoirement :

- l'identification du praticien,
- l'identification de l'adhérent et/ou des bénéficiaires,
- la date d'exécution et de paiement,
- la nature exacte des actes effectués, les références de la ou des dents traitées ou remplacées,
- le montant payé par acte dispensé et le montant total de la facture.

14. LES EXCLUSIONS

L'assureur ne prend pas en charge les frais qui sont la conséquence de :

- la guerre civile ou étrangère,
- la désintégration du noyau atomique

15. LA SUBROGATION

L'assureur est subrogé, dans les termes de l'article L 121-12 du Code des assurances, dans les droits et actions de l'adhérent contre tout responsable du sinistre, jusqu'à concurrence des prestations payées.

MODALITES D'ENVOI

Toutes les pièces nécessaires aux remboursements peuvent être adressées à l'adresse postale suivante :

**Telsanté
63, chemin Antoine Pardon
69814 TASSIN CEDEX**

Si vous disposez d'une application smartphone ou d'un accès internet vous pouvez également transmettre vos documents via ces applications.

LES SERVICES ASSOCIES AU CONTRAT

LA CARTE AVANCE SANTÉ

Pour tous ses soins, l'adhérent a la possibilité de profiter du service de la Carte Avance Santé.

Ce service exclusif évite toute avance d'argent et permet de régler ses dépenses en France auprès des professionnels de santé suivants : les médecins généralistes et spécialistes, les chirurgiens-dentistes, les opticiens, les radiologues, les pharmaciens, les laboratoires, les auxiliaires médicaux et les transporteurs sanitaires, dès lors que le praticien accepte le paiement par carte bancaire.

En l'absence de télétransmission, l'adhérent doit alors transmettre le plus rapidement possible sa feuille de soins à sa caisse d'assurance maladie.

Son compte bancaire ne sera débité qu'après le remboursement de sa caisse d'assurance maladie et la réception des remboursements de l'assureur. Sinon passé un délai de 30 jours, le compte sera débité suivant les conditions normales de fonctionnement de la carte bancaire.

LA TÉLÉTRANSMISSION

Dans la plupart des cas, les caisses d'assurance maladie "télétransmettent" toutes les données de soins de l'adhérent et des bénéficiaires du contrat selon les modalités décrites à l'article 13 de la présente notice d'information.

Dans ce cas, le décompte de Sécurité sociale comprendra une mention variable selon les organismes émetteurs, par exemple : "décompte transmis à votre organisme complémentaire...".

TELSANTÉ

L'adhérent dispose d'un numéro d'appel pour obtenir tous les renseignements concernant son adhésion au contrat Assurance Santé, notamment :

- la consultation de ses derniers remboursements ;

- la prise de contact avec un conseiller de Telsanté pour tout renseignement sur le contrat (devis dentaire, dépense optique, hospitalisation...);
- avant un achat optique ou un appareillage auditif, la consultation auprès d'un conseiller de Telsanté pour prendre connaissance des avantages auprès des partenaires de l'assureur. Pour faciliter l'accès à ce service, nous conseillons à l'adhérent de se munir de son attestation d'assurance sur laquelle figure son numéro de contrat.

INFORMATIONS LEGALES

LOI ET LANGUE APPLICABLE

La loi applicable au contrat et à la relation précontractuelle est la loi française, y compris les dispositions impératives applicables aux départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle. Toute relation entre les parties se fait en langue française, ce que chaque partie accepte expressément.

Toutes les références à des dispositions législatives ou réglementaires contenues dans le présent document ou dans les documents auxquels il renvoie concernent des textes en vigueur au moment de leur rédaction. Dans l'hypothèse où les références de ces textes auraient été modifiées au moment de la souscription du contrat ou ultérieurement, les Parties conviennent qu'elles seront remplacées par celles des nouveaux textes de même contenu venant en substitution.

RECLAMATION

En cas de difficulté dans l'application ou l'interprétation du contrat, consultez d'abord votre interlocuteur habituel.

Si sa réponse ne vous satisfait pas, vous pouvez adresser votre réclamation au :

Responsable des Relations Consommateurs
SERENIS ASSURANCES SA
4 rue Frédéric Guillaume Raiffeisen
67000 STRASBOURG

Une réponse vous sera apportée dans le plus bref délai, lequel ne saurait excéder deux mois sauf circonstances exceptionnelles qui vous seraient alors exposées.

Les réclamations afférentes à des contrats souscrits par des particuliers via internet peuvent être présentées à la plateforme européenne de Règlement en Ligne des Litiges, accessible à l'adresse suivante :

<https://webgate.ec.europa.eu/odr>

MEDIATION

Dans l'éventualité d'une persistance de la difficulté ou du différend, le Médiateur de l'Assurance peut être saisi de la réclamation d'un particulier. Exerçant sa mission en toute indépendance, le Médiateur ne peut intervenir qu'après épuisement des procédures internes de règlement des litiges et réponse définitive de l'assureur et à la condition qu'aucune action contentieuse n'ait été engagée. Seuls les litiges opposant un particulier à l'assureur sont de la compétence du Médiateur. Après avoir instruit le dossier, le Médiateur rend un avis motivé dans les trois mois. Cet avis ne lie pas les parties. Pour de plus amples informations, nous vous invitons à consulter la Charte de la Médiation de l'Assurance sur le site de l'association « La Médiation de l'Assurance ».

Vous pouvez présenter votre réclamation à l'adresse suivante : www.mediation-assurance.org ou par voie postale à : La Médiation de l'Assurance TSA 50110 75441 Paris Cedex 09.

AUTORITE DE CONTROLE

SERENIS ASSURANCES SA sont placées sous le contrôle de : **Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution**
4, Place de Budapest
CS92459
75436 PARIS CEDEX 09

DONNEES A CARACTERE PERSONNEL

1. Le traitement des données à caractère personnel

1.1. Pourquoi traitons-nous les données à caractère personnel ?

La collecte et le traitement des données personnelles sont tout d'abord nécessaires à l'analyse de votre situation et de vos besoins et attentes en matière d'assurance, à l'évaluation des risques, à la tarification, à la mise en place, puis à l'exécution du contrat.

Certains traitements sont ensuite nécessaires au respect d'obligations légales, résultant de normes nationales ou internationales, ce qui s'entend essentiellement de la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme ou, le cas échéant, d'obligations de déclaration et de la lutte contre l'évasion fiscale (dispositifs FICOVIE, IFU, FATCA, EAI,...) ou la gestion des contrats d'assurance vie non réclamés.

Les données sont également utilisées au service de nos intérêts légitimes, notamment à des fins de prospection commerciale et de démarchage, pour la réalisation d'études statistiques et actuarielles et pour lutter contre la fraude à l'assurance. On précisera que la lutte contre la fraude est opérée dans l'intérêt légitime de l'assureur, mais aussi pour la protection de la communauté des assurés. Il est précisé aussi qu'une fraude avérée pourra conduire à l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude et que cette inscription pourra bloquer toute entrée en relation contractuelle avec l'assureur pendant cinq ans.

Enfin, les données peuvent être utilisées, avec votre accord, en vue de vous proposer des produits et services complémentaires.

1.2. A qui les données peuvent-elles être transmises ?

Les données personnelles peuvent être adressées à nos éventuels sous-traitants, prestataires, mandataires, réassureurs et coassureurs, fonds de garantie, organismes professionnels, autorités et organismes publics, en vue de la gestion et de l'exécution de votre contrat et de la délivrance des prestations et du respect d'obligations légales ou réglementaires.

Les données relatives à la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme et les données relatives à la lutte contre la fraude sont partagées avec les entités de notre groupe et les personnes concernées, dans le strict respect de la législation.

Les données traitées dans le cadre des dispositifs internationaux de lutte contre l'évasion fiscale sont transmises à l'administration fiscale française, laquelle se charge et maîtrise la communication des données aux autorités étrangères compétentes

Les données d'identification, les coordonnées et les informations permettant de mesurer l'appétence à de nouveaux produits pourront être mises à disposition des entités de notre groupe, ainsi qu'à nos sous-traitants, à des distributeurs externes et partenaires commerciaux en vue de vous proposer de nouveaux produits et services.

Les données personnelles peuvent être traitées en dehors de l'Union européenne, mais uniquement pour les finalités décrites ci-dessus au 1.1. Si la législation de l'Etat de destination des données ne garantit pas un niveau de protection jugé comme équivalent par la Commission européenne à celui en vigueur dans l'Union, l'assureur exigera des garanties complémentaires conformément à ce qui est prévu par la réglementation en vigueur.

1.3. *Quelles précautions prenons-nous pour traiter les données de santé ?*

Les données de santé sont traitées par du personnel spécialement sensibilisé à la confidentialité de ces données. Elles font l'objet d'une sécurité informatique renforcée.

1.4. *Combien de temps les données seront-elles conservées ?*

Les données seront conservées pour la durée du contrat, augmentée de la prescription liée à toutes les actions découlant directement ou indirectement de l'adhésion).

En cas de sinistre ou de litige, la durée de conservation est prorogée aussi longtemps que cette situation nécessitera le recours aux informations personnelles vous concernant et jusqu'à écoulement de la prescription de toutes les actions qui y sont attachées. En tout état de cause, lorsqu'une obligation légale ou réglementaire nous impose de pouvoir disposer des informations personnelles vous concernant, celles-ci pourront être conservées aussi longtemps que cette obligation s'impose à nous.

2. Les droits dont dispose l'adhérent

2.1. *De quels droits disposez-vous ?*

Vous disposez, s'agissant de vos données personnelles, d'un droit d'accès, de mise à jour, de rectification, d'opposition pour motif légitime, de limitation et de portabilité. Vous pouvez, en outre, vous opposer, à tout moment et gratuitement, à l'utilisation de vos données à des fins de prospection commerciale.

2.2. *Comment pouvez-vous les faire valoir ?*

Pour l'exercice des droits, il convient d'adresser une demande au Délégué à la Protection des Données à l'adresse suivante : 63 chemin Antoine PARDON 69814 TASSIN CEDEX.

2.3. *En cas de difficulté*

En cas de difficulté relative au traitement de vos informations personnelles, vous pouvez adresser une

réclamation au Délégué à la Protection des Données 63 chemin Antoine PARDON 69814 TASSIN CEDEX. En cas de difficulté persistante, vous pouvez porter votre demande auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) – 3 Place de Fontenoy – TSA 80715 – 75334 PARIS CEDEX 07.

DEMATERIALIZATION

Si vous avez communiqué à votre interlocuteur habituel une adresse de messagerie électronique ayant fait l'objet d'une vérification préalable par celui-ci, nous utiliserons cette adresse pour la poursuite de nos relations afin de vous adresser certaines informations ou documents relatifs à votre contrat. Vous disposez du droit de vous opposer, à tout moment, par tout moyen et sans frais, à l'utilisation d'un support durable autre que le papier et pouvez demander qu'un support papier soit utilisé de façon exclusive pour la poursuite de nos relations.

FACULTE D'OPPOSITION AU DEMARCHAGE TELEPHONIQUE

Vous avez la faculté de vous inscrire gratuitement sur la liste nationale d'opposition au démarchage téléphonique. Cette inscription entraînera l'interdiction pour tout professionnel et tout intermédiaire agissant pour son compte, de vous démarcher téléphoniquement, sauf en cas de relations contractuelles préexistantes. En votre qualité de client, cette inscription ne fera pas obstacle à l'utilisation de vos coordonnées téléphoniques pour vous présenter une offre ou une nouveauté sur nos produits ou services.

DISPOSITIONS SPECIFIQUES A LA VENTE A DISTANCE, AU DEMARCHAGE, ET A LA SOUSCRIPTION PAR INTERNET

1. DISPOSITIONS SPECIFIQUES A LA VENTE A DISTANCE ET AU DEMARCHAGE

- Information précontractuelle dans le cadre de la vente à distance

La présente notice d'information vaut également note d'information à caractère commercial dans le cadre de la vente à distance. En vue de nos relations précontractuelles, contractuelles ainsi que de la rédaction du contrat, la langue française sera applicable. La loi applicable à nos relations précontractuelles et au contrat est la loi française.

- Faculté de renonciation

Vous disposez de la faculté de renoncer au contrat lorsqu'il a été conclu à la suite d'une opération de démarchage ou dans les conditions d'une vente à distance.

L'article L 112-9 alinéa 1 du code des Assurances énonce notamment :

« 1. - 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 ou par envoi

recommandé électronique 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.»

Ce droit vous est reconnu pendant un délai de 14 jours calendaires révolus.

Ce délai commence à courir à compter du jour :

- de la conclusion de l'adhésion ;
- de la réception des informations obligatoires et conditions contractuelles si cette date est postérieure, et expire le dernier jour à 24h00.

Afin de renoncer au contrat, il convient d'adresser à l'assureur, à l'adresse figurant sur le bulletin d'adhésion ou votre dernier avis d'échéance, une lettre recommandée ou un envoi recommandé électronique avec demande d'avis de réception suivant modèle ci-dessous :

*« Je soussigné [nom, prénom] demeurant [adresse de l'adhérent] déclare renoncer à l'adhésion au contrat d'assurance n° [numéro de contrat figurant sur le bulletin d'adhésion au contrat] auquel j'avais adhéré le [date de l'adhésion] par l'intermédiaire de [nom et adresse de l'intermédiaire ayant proposé l'adhésion].
[Date] [Signature de l'adhérent] »*

La renonciation entraîne résiliation de l'adhésion à compter de la date de réception de la lettre recommandée.

En cas de renonciation, vous n'êtes tenu qu'au paiement de la partie de prime ou de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque a couru, cette période étant calculée jusqu'à la date de la résiliation

2. DISPOSITIONS SPECIFIQUES A LA SOUSCRIPTION PAR INTERNET

2.1. MODALITES DE SOUSCRIPTION

La souscription via le site internet suppose que vous vous soyez, au préalable, connecté à votre espace personnel au moyen de votre identifiant et de votre mot de passe.

La souscription est réalisée sur la base des renseignements fournis par vos soins en réponse à notre questionnaire visant à recueillir les éléments permettant votre identification et l'évaluation du risque à assurer.

L'ensemble des renseignements fournis en réponse à notre questionnaire donne lieu à l'établissement d'une proposition d'adhésion.

A chaque étape qui précède la signature en ligne du contrat, vous disposez de la possibilité de modifier les éléments saisis ou d'abandonner la procédure.

Après avoir pris connaissance des dispositions contractuelles, la proposition d'adhésion est validée par vos soins au moyen de la signature électronique.

La signature électronique est un élément indispensable pour la validité du contrat. Elle se matérialise dans le pavé acceptation par la validation des cases à cocher et du clic sur le bouton « Confirmer ».

Dès validation de votre adhésion, le bulletin d'adhésion qui matérialise l'acceptation de l'assureur et comporte le numéro de votre contrat est émis. Un e-mail de

confirmation vous est adressé par l'assureur et vous pourrez consulter votre bulletin d'adhésion dans votre espace personnel. La signature électronique permet de garantir l'authenticité et l'intégrité des informations fournies au souscripteur (proposition, notice d'information, bulletin d'adhésion). En cas de contestation, ces informations ont seules valeur probante.

2.2. CONSULTATION ET ARCHIVAGE DES DOCUMENTS

Chaque document contractuel mis à votre disposition lors de la souscription peut faire l'objet d'une impression sur support papier et d'un enregistrement au format Pdf sur le disque dur de votre ordinateur.

Par ailleurs, les documents contractuels seront archivés sur un support fiable et durable. Ces documents sont accessibles à tout moment dans votre espace personnel, pendant un délai conforme aux exigences légales.

2.3. CONVENTION DE PREUVE

Les données fournies par l'utilisateur de ce site internet ainsi que les écrits électroniques ont la même valeur probante qu'un écrit manuscrit. Les informations fournies sont susceptibles d'être produites en tant que preuve devant la juridiction compétente en cas de litige entre les parties.

Les parties acceptent que les données stockées et archivées par voie informatique constituent la preuve des actes passés en ligne par l'utilisateur.

2.4. RESPONSABILITES

L'éditeur du site et l'hébergeur déclinent toute responsabilité en cas de dysfonctionnement pouvant résulter de l'utilisation de l'équipement personnel de l'utilisateur pour accéder aux différents services, de faits propres aux fournisseurs d'accès ou d'un cas de force majeure. Il vous appartient d'assurer la sécurité de votre ordinateur. Lorsque vous accédez au site internet, vérifiez soigneusement l'adresse affichée par votre navigateur internet, vérifiez la dernière connexion, déconnectez-vous après chaque utilisation, ne cliquez jamais sur un lien contenu dans un e-mail non sollicité, supprimez les e-mails douteux sans les ouvrir.

CONVENTION D'ASSISTANCE

Les dispositions qui suivent ont pour objet de définir les services d'assistance qui peuvent être accordés aux bénéficiaires d'un contrat complémentaire santé de SERENIS ASSURANCES.

ASSISTANCE SERVICE PLUS

Ces garanties s'exercent uniquement en France métropolitaine

1. GARANTIE AU DOMICILE EN CAS D'ACCIDENT OU DE MALADIE

Le premier réflexe doit être d'appeler les pompiers ou le SAMU et le médecin traitant. En France, les secours de première urgence sont gratuits. Toutefois, en cas de difficultés, MONDIAL

ASSISTANCE FRANCE pourra communiquer au bénéficiaire les coordonnées de ces services publics.

1.1. RECHERCHE DE MÉDICAMENTS

En cas d'accident survenu au domicile ou de maladie non chronique, si à la suite de la délivrance d'une ordonnance nécessitant l'achat urgent de médicaments indispensables, le bénéficiaire n'est pas en mesure de se déplacer de son domicile, MONDIAL ASSISTANCE FRANCE fait le nécessaire pour rechercher, acheter et apporter au domicile du bénéficiaire ces médicaments, sous réserve de leur disponibilité en pharmacie. MONDIAL ASSISTANCE FRANCE fait l'avance du coût de ces médicaments, que le bénéficiaire devra rembourser au moment même ou ceux-ci lui seront apportés. Le service de livraison des médicaments est pris en charge par MONDIAL ASSISTANCE FRANCE.

1.2. RECHERCHE ET ENVOI D'UNE INFIRMIÈRE

A la demande du bénéficiaire, et sur prescription médicale, MONDIAL ASSISTANCE FRANCE se charge de rechercher et d'envoyer une infirmière au domicile du bénéficiaire dans la limite des disponibilités locales. Les frais de déplacements, de soins et d'honoraires sont à la charge du bénéficiaire.

1.3. EN CAS D'HOSPITALISATION DE PLUS DE 3 JOURS SUITE A UNE MALADIE OU UN ACCIDENT

1.3.1. Garde des enfants

MONDIAL ASSISTANCE FRANCE organise la garde des enfants à charge, de moins de 15 ans dans la limite des disponibilités locales.

MONDIAL ASSISTANCE FRANCE prend en charge cette garde pendant 3 journées consécutives à raison de 12 heures par jour (de 7H00 à 19H00). Cette assistance est accordée également en cas de décès du bénéficiaire.

1.3.2. Conduite des enfants à l'école

Le garde d'enfants pourra, si aucun proche ne peut se rendre disponible, accompagner les enfants à la crèche ou à l'école et retourner les chercher. Cette garantie est accordée pendant les 3 journées de prise en charge citées au paragraphe 1.3.1.

1.3.3. Transfert des enfants en France métropolitaine

MONDIAL ASSISTANCE FRANCE organise et prend en charge :

- soit le transfert aller et retour des enfants à charge de moins de 15 ans, par train 1ère classe ou avion classe touriste, chez une personne désignée par le bénéficiaire résidant en France métropolitaine et dans la Principauté de Monaco. L'accompagnement des enfants, s'il est jugé nécessaire par MONDIAL ASSISTANCE FRANCE, est effectué par nos correspondants ou par un proche désigné par le bénéficiaire ;

- soit la mise à disposition pour une personne désignée par le bénéficiaire et résidant en France métropolitaine et dans la Principauté de Monaco, d'un billet aller et retour de train 1ère classe ou d'avion classe touriste, afin qu'elle vienne au domicile du bénéficiaire pour effectuer la garde des enfants.

Cette assistance est également accordée en cas de décès de l'assuré pour transférer les petits-enfants se trouvant chez lui, vers le domicile de leurs parents.

1.3.4. Présence au chevet d'un membre de la famille

En cas d'hospitalisation du bénéficiaire supérieure à 3 jours, MONDIAL ASSISTANCE FRANCE met à la disposition d'un membre de la famille ou d'une personne désignée par le bénéficiaire un billet aller et retour de train 1ère classe ou d'avion classe touriste afin de se

rendre à son chevet. Cette prestation est organisée et prise en charge au départ et à destination de la France métropolitaine et de la Principauté de Monaco.

1.3.5. Hébergement d'un membre de la famille

MONDIAL ASSISTANCE FRANCE organise le séjour à l'hôtel de la personne désignée au paragraphe 1.3.4 et prend en charge ses frais exposés jusqu'à un maximum de 80 euros T.T.C. par nuit.

Cette prise en charge ne peut en aucun cas dépasser, 480 euros T.T.C pour la durée du séjour. Les frais de restauration sont exclus. Cette assistance n'est accordée que si l'acheminement de ladite personne a été organisé préalablement dans les conditions définies au paragraphe 1.3.4 (sauf accord exprès de MONDIAL ASSISTANCE FRANCE).

1.3.6. Aide-ménagère à domicile

Pendant et/ou à la suite immédiate d'une hospitalisation du bénéficiaire de plus de 3 jours, MONDIAL ASSISTANCE FRANCE évalue les besoins du bénéficiaire, recherche et missionne dans la limite des disponibilités locales, une aide-ménagère pour un maximum de 10 heures. L'intervention aura lieu pendant l'hospitalisation et/ou dans les 8 jours ouvrés et consécutifs suivant la fin de l'hospitalisation.

Chaque prestation de l'aide-ménagère dure au minimum 3 heures incluant le temps de parcours jusqu'au domicile du bénéficiaire, et peut être fournie entre 8h et 19h du lundi au samedi, hors jours fériés. La mission de l'aide-ménagère concerne la réalisation de petits travaux ménagers quotidiens au domicile du bénéficiaire. MONDIAL ASSISTANCE FRANCE prend en charge les frais ainsi occasionnés.

L'assistance aide-ménagère à domicile est limitée à trois interventions par année d'assurance du contrat complémentaire santé et par bénéficiaire.

Si le besoin du bénéficiaire s'étend au-delà des 10 heures maximum prévues, MONDIAL ASSISTANCE FRANCE peut, sur demande expresse du bénéficiaire, organiser la continuité immédiate du service d'aide-ménagère.

Dans ce cas, les frais de service restent intégralement à charge du bénéficiaire.

Cette prestation est éligible au dispositif fiscal Borloo.

1.3.7. Garde des animaux de compagnie (chiens, chats)

Suite à l'hospitalisation du bénéficiaire, MONDIAL ASSISTANCE FRANCE organise et prend en charge la garde à l'extérieur, des petits animaux de compagnie, à la condition qu'ils aient reçu les vaccinations obligatoires. Les frais de garde et de nourriture sont pris en charge avec un maximum de 230 euros T.T.C.

1.3.8. Transmission de messages

MONDIAL ASSISTANCE FRANCE se chargera de transmettre les messages qui vous sont destinés lorsque vous ne pouvez être joint directement, par exemple, en cas d'hospitalisation.

De même, nous pourrions communiquer, sur appel d'un membre de votre famille, un message que vous aurez laissé à son intention.

1.4. SERVICES EN CAS DE MALADIE D'UN ENFANT DU BÉNÉFICIAIRE

Lorsque le médecin traitant estime que l'état de santé de l'enfant bénéficiaire nécessite la présence d'une personne à son chevet, et que ni le bénéficiaire, ni son

conjoint ne peuvent assumer cette tâche, MONDIAL ASSISTANCE FRANCE fournit une garde d'enfants malades et prend en charge sa rémunération pendant 6 journées consécutives à raison de 12 heures par jour. Ce service est accordé sur la base d'un certificat médical établi par le médecin traitant. Ce document sera transmis au médecin de MONDIAL ASSISTANCE FRANCE par courrier ou fax. La mise à disposition d'une garde d'enfants malades et la prise en charge de sa rétribution ne peuvent dépasser trois interventions par année de couverture du contrat complémentaire maladie pour chaque enfant.

2. EN CAS D'URGENCE

2.1. RECHERCHE D'UN MÉDECIN

En l'absence du médecin traitant, MONDIAL ASSISTANCE FRANCE aide à trouver un médecin proche du domicile du bénéficiaire (médecin de garde ou organisme d'urgence). En aucun cas, MONDIAL ASSISTANCE FRANCE ne sera tenue pour responsable si aucun médecin n'est disponible. De même, la non-disponibilité ou l'éloignement trop important du médecin susceptible de se déplacer ne pourra être retenu à l'encontre de MONDIAL ASSISTANCE FRANCE.

2.2. RECHERCHE ET RÉSERVATION D'UNE PLACE EN MILIEU HOSPITALIER

A la demande du bénéficiaire et sur prescription médicale, MONDIAL ASSISTANCE FRANCE organise l'admission en milieu hospitalier (public ou privé) dans un rayon de 50 km du domicile du bénéficiaire dans la limite des disponibilités.

2.3. TRANSFERT À L'HÔPITAL ET RETOUR AU DOMICILE

La prise en charge financière par MONDIAL ASSISTANCE FRANCE des services indiqués s'effectue dans tous les cas en complément des remboursements éventuels obtenus par le bénéficiaire (ou ses ayants droit) auprès de la Sécurité sociale et de l'assureur du contrat complémentaire santé ou de tout autre organisme de prévoyance auquel il serait affilié. En conséquence, le bénéficiaire s'engage, au préalable, à effectuer toutes démarches nécessaires au recouvrement de ses frais auprès de ces organismes.

a) Dans le cas où l'état de santé du bénéficiaire nécessite une hospitalisation et sur prescription médicale après intervention des premiers secours et/ou du médecin traitant, MONDIAL ASSISTANCE FRANCE organise le transport par ambulance du bénéficiaire, de son domicile à l'hôpital le plus proche dans un rayon de 50 Km. Il appartient au médecin intervenant sur place de décider seul de la nécessité d'une éventuelle médicalisation du transport du bénéficiaire par le SAMU ou tout autre moyen de transport sanitaire.

b) A l'issue de l'hospitalisation, MONDIAL ASSISTANCE FRANCE organise le transport du bénéficiaire s'il n'est pas en état de se déplacer dans des conditions normales, de l'hôpital à son domicile (dans un rayon de 50 km du domicile).

3. ALLO INFOS SANTÉ

Sur simple appel téléphonique, du lundi au samedi de 7h à 21h, MONDIAL ASSISTANCE FRANCE communique au bénéficiaire les renseignements qui lui sont nécessaires dans les domaines suivants :

- la vie courante,

- les préparatifs d'un voyage,
- des conseils médicaux spécialisés.

3.1. ALLO INFOS JURIDIQUES ET VIE PRATIQUE

A la demande du bénéficiaire et sur simple appel téléphonique, du lundi au samedi de 9h à 20h, MONDIAL ASSISTANCE FRANCE recherche et communique au bénéficiaire le ou les renseignements nécessaires à la résolution des problèmes de la vie familiale et quotidienne :

- renseignements juridiques,
- renseignements vie pratique.

La responsabilité de MONDIAL ASSISTANCE FRANCE ne peut en aucun cas être recherchée dans le cas d'une mauvaise utilisation ou d'une interprétation inexacte du ou des renseignements qui lui ont été demandés.

4. EXCLUSIONS

Outre les exclusions précisées dans le texte du présent contrat, MONDIAL ASSISTANCE FRANCE ne peut intervenir que dans la limite des accords donnés par les autorités locales.

MONDIAL ASSISTANCE FRANCE ne peut en aucun cas se substituer aux organismes locaux de secours d'urgence, ni prendre en charge les frais ainsi engagés. 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 guerre civile ou étrangère, révolutions, mouvements populaires, émeutes, grèves, saisies ou contraintes par la force publique, interdictions officielles, pirateries, explosions d'engins, effets nucléaires ou radioactifs, empêchements climatiques.

Dans l'exécution de ses obligations, MONDIAL ASSISTANCE FRANCE ne sera pas tenue d'intervenir dans les cas de sinistre résultant d'événements tels que ceux précités. Elle s'efforcera néanmoins de tout mettre en œuvre pour venir en aide au bénéficiaire.

MONDIAL ASSISTANCE FRANCE ne sera pas tenue d'intervenir dans les cas où le bénéficiaire aurait commis, de façon volontaire, des infractions à la législation en vigueur.

Les événements survenus du fait de la participation du bénéficiaire en tant que concurrent à des compétitions sportives, paris, matches, concours, rallies ou à leurs essais préparatoires, sont exclus ainsi que l'organisation et la prise en charge de tous frais de recherche.

GARANTIE FRAIS DE SANTE A L'ETRANGER

Réservée aux adhérents ayant souscrit la formule Sérénité du contrat Assurance Santé et domiciliés en France métropolitaine.

Les dispositions qui suivent ont pour objet de définir les services d'assistance accordés aux bénéficiaires d'un contrat ayant souscrit la formule Sérénité. Cette garantie concerne les frais engagés à la suite d'un accident, d'une maladie ou de problèmes dentaires, ayant un caractère imprévisible.

Un accord préalable de MONDIAL ASSISTANCE FRANCE est nécessaire pour la mise en œuvre de cette garantie.

1. VALIDITÉ TERRITORIALE

Les assistances sont accordées dans le monde entier **hors France** métropolitaine. Les prestations d'assistance sont gérées par MONDIAL ASSISTANCE FRANCE. Les garanties ci-après définies s'appliquent aux séjours à l'étranger **dont la durée n'excède pas 180 jours consécutifs**.

2. ASSISTANCE AUX PERSONNES : EN CAS DE MALADIE OU DE BLESSURE

2.1. SOINS LIÉS A UNE HOSPITALISATION ET SOINS DENTAIRES A L'ÉTRANGER

MONDIAL ASSISTANCE FRANCE fait l'avance au bénéficiaire des frais de séjour, des frais médicaux, chirurgicaux et pharmaceutiques en cas d'hospitalisation à l'étranger. Les frais de séjour, les honoraires et autres frais médicaux liés à l'hospitalisation sont pris en charge par l'assureur du contrat complémentaire santé à concurrence des frais réels, et dans la limite de 150 000 euros, sous déduction des prestations du régime de base et d'éventuels organismes complémentaires.

Les frais occasionnés pour une prestation dentaire à caractère d'urgence sont pris en charge par l'assureur du contrat complémentaire santé à concurrence des frais réels, et dans la limite de 750 euros par séjour à l'étranger, sous déduction des prestations du régime de base et d'éventuels organismes complémentaires. Sont considérés comme soins d'urgence :

- les soins pour calmer la douleur : les dévitalisations, pansements, obturations, extractions ;
- les réparations de prothèses dentaires nécessaires pour permettre à nouveau la mastication (la mise en place de nouvelles prothèses conjointes ou adjoindes n'est pas prise en charge).

2.2. PROCÉDURE SPÉCIFIQUE AUX USA

Lorsqu'un bénéficiaire est en déplacement aux USA et qu'il se trouve confronté à un problème médical ; la procédure à respecter est la suivante :

1) **l'assuré appelle en priorité MONDIAL ASSISTANCE FRANCE.**

2) MONDIAL ASSISTANCE FRANCE appelle son prestataire américain "notre interlocuteur" qui va ouvrir un dossier.

3) A la demande de MONDIAL ASSISTANCE FRANCE, notre interlocuteur organise le transport de l'assuré sur l'hôpital conseillé de son réseau affilié.

4) Notre interlocuteur informe MONDIAL ASSISTANCE FRANCE que l'assuré a été transporté à l'hôpital.

5) Lorsque l'assuré est admis dans le centre hospitalier, notre interlocuteur envoie une demande de prise en charge des frais médicaux par fax à l'hôpital. Cette prise en charge évitera toute avance financière de la part de l'assuré. Il sera demandé à l'assuré une autorisation de divulgation de son dossier médical pour notre interlocuteur (obligatoire aux USA).

2.3. RAPATRIEMENT OU TRANSPORT SANITAIRE

Si l'état du bénéficiaire le permet et le justifie, MONDIAL ASSISTANCE FRANCE organise et prend en charge le rapatriement de l'étranger vers la France métropolitaine. Selon la gravité du cas, le rapatriement ou le transport est effectué, sous surveillance médicale

si nécessaire, par le plus approprié des moyens suivants : transport aérien, train, wagon-lit, bateau, ambulance, jusqu'au service hospitalier le mieux adapté, proche du domicile en France métropolitaine. Dans le cas où l'hospitalisation à l'arrivée ne serait pas indispensable, le transport est assuré jusqu'au domicile. Si l'hospitalisation n'a pu se faire dans un établissement proche du domicile, MONDIAL ASSISTANCE FRANCE organise et prend en charge, lorsque l'état de santé le permet, le transport de cet hôpital au domicile. MONDIAL ASSISTANCE FRANCE ne peut, en aucun cas, se substituer aux organismes locaux de secours d'urgence, ni prendre en charge les frais ainsi engagés, à l'exception :

- des frais d'évacuation sur pistes de ski à concurrence de 160 euros T.T.C. (frais de recherche exclus),
- des frais de transport en ambulance ou en taxi jusqu'au lieu le plus proche où pourront être prodigués les soins appropriés, en cas de blessure légère, ne nécessitant ni un rapatriement ni un transport médicalisé.

2.4. ACCOMPAGNEMENT LORS DU RAPATRIEMENT OU TRANSPORT SANITAIRE

Si le bénéficiaire est transporté dans les conditions définies au paragraphe 2.3 ci-dessus, et si son état de santé le justifie, MONDIAL ASSISTANCE FRANCE organise et prend en charge, après avis de son médecin, le voyage d'une personne également bénéficiaire du contrat et se trouvant sur place pour permettre de l'accompagner.

2.5. PRÉSENCE AUPRÈS DU BÉNÉFICIAIRE HOSPITALISÉ

Si l'hospitalisation et si l'état de santé du bénéficiaire ne justifie pas ou empêche un rapatriement ou un retour immédiat, MONDIAL ASSISTANCE FRANCE organise le séjour à l'hôtel d'un membre de sa famille ou d'une personne désignée se trouvant déjà sur place et qui reste à son chevet, et prend en charge ces frais imprévus réellement exposés jusqu'à un maximum de 80 euros T.T.C. par nuit. Cette prise en charge est plafonnée à 480 euros T.T.C. maximum par personne. MONDIAL ASSISTANCE FRANCE prend également en charge le retour de cette personne, si elle ne peut utiliser les moyens initialement prévus. Si l'hospitalisation sur place doit dépasser 10 jours, et si personne ne reste au chevet du bénéficiaire, MONDIAL ASSISTANCE FRANCE met à la disposition d'un membre de sa famille ou d'une personne désignée, un billet aller et retour de train 1ère classe ou d'avion classe touriste, afin de se rendre auprès du bénéficiaire, ceci uniquement au départ de la France métropolitaine. MONDIAL ASSISTANCE FRANCE organise le séjour à l'hôtel de cette personne et prend en charge les frais exposés jusqu'à un maximum de 80 euros T.T.C. par nuit. Cette prise en charge est plafonnée à 480 euros T.T.C. maximum par personne.

2.6. PROLONGATION DE SÉJOUR À L'HÔTEL

En France comme à l'étranger, si l'état de santé du bénéficiaire ne justifie pas une hospitalisation ou un transport sanitaire et que le bénéficiaire peut entreprendre son retour à la date initialement prévue, MONDIAL ASSISTANCE FRANCE prend en charge, s'il y a lieu, ces frais réellement exposés de prolongation de séjour à l'hôtel, ainsi que ceux d'une personne demeurant à son chevet jusqu'à un maximum de 80 euros T.T.C. par nuit. Cette prise en charge est plafonnée à 480 euros T.T.C. par personne. Lorsque l'état de santé du bénéficiaire le permet, MONDIAL

ASSISTANCE FRANCE organise et prend en charge son retour, et éventuellement celui de la personne qui est restée près de lui, si le bénéficiaire ne peut pas rentrer par les moyens initialement prévus.

3. ASSISTANCE AUX PERSONNES EN CAS DE DÉCÈS

3.1. RAPATRIEMENT OU TRANSPORT DE CORPS

MONDIAL ASSISTANCE FRANCE organise et prend en charge le transport du corps du bénéficiaire depuis le lieu de la mise en bière, en France ou à l'étranger, jusqu'au lieu d'inhumation en France métropolitaine. MONDIAL ASSISTANCE FRANCE prend en charge les frais annexes nécessaires au transport du corps dont le coût d'un cercueil de modèle simple permettant le transport. Les frais de cérémonie, d'accessoires, d'inhumation ou de crémation en France métropolitaine sont à la charge des familles. MONDIAL ASSISTANCE FRANCE organise également et prend en charge, le retour jusqu'au lieu d'inhumation des membres de la famille accompagnant le bénéficiaire au moment de son décès. Dans le cas où des raisons administratives imposeraient une inhumation provisoire ou définitive sur place, MONDIAL ASSISTANCE FRANCE organise et prend en charge le transport aller et retour d'un membre de la famille (conjoint ou concubin, ascendant ou descendant, frère ou sœur) si l'un d'eux n'est pas déjà sur les lieux, en mettant à sa disposition un billet de train 1ère classe ou d'avion classe touriste, pour se rendre de son domicile en France métropolitaine, jusqu'au lieu d'inhumation.

MONDIAL ASSISTANCE FRANCE organise alors le séjour à l'hôtel du membre de la famille qui doit se déplacer et prend en charge ces frais exposés, jusqu'à un maximum de 80 euros T.T.C. par nuit. Cette prise en charge est plafonnée à 480 euros T.T.C. maximum par personne. Si le bénéficiaire doit interrompre son séjour, en France ou à l'étranger, afin d'assister aux obsèques de son conjoint ou concubin ou toute personne ayant signé un PACS (pacte Civil de Solidarité) avec l'adhérent, d'un ascendant ou descendant, d'un frère ou d'une sœur, d'un beau-père ou d'une belle-mère, d'un gendre ou d'une belle-fille, d'un beau-frère ou d'une belle-sœur, MONDIAL ASSISTANCE FRANCE met à sa disposition et prend en charge un billet de train 1ère classe ou d'avion classe touriste, depuis le lieu du séjour jusqu'à son domicile ou jusqu'au lieu d'inhumation en France métropolitaine.

MONDIAL ASSISTANCE FRANCE met à sa disposition et prend en charge un billet pour regagner son lieu de séjour si cela s'avère indispensable pour permettre le retour du véhicule bénéficiaire ou des autres bénéficiaires par les moyens initialement prévus.

4. AUTRES ASSISTANCES AUX PERSONNES

4.1. RETOUR DES ENFANTS DE MOINS DE QUINZE ANS

Si, à la suite de la prestation d'une ou de plusieurs des assistances énoncées ci-dessus, personne n'est en mesure de s'occuper des enfants du bénéficiaire de moins de 15 ans restés sur place, MONDIAL ASSISTANCE FRANCE organise et prend en charge leur retour jusqu'au domicile du bénéficiaire ou celui d'un membre de sa famille.

4.2. RAPATRIEMENT OU TRANSPORT DES AUTRES BÉNÉFICIAIRES

Si la prestation d'une des assistances énoncées ci-dessus empêche les autres bénéficiaires de rejoindre leur domicile en France métropolitaine par les moyens initialement prévus, MONDIAL ASSISTANCE FRANCE organise et prend en charge leur retour.

4.3. TRANSMISSION DE MESSAGES

MONDIAL ASSISTANCE FRANCE se chargera de transmettre les messages qui lui sont destinés lorsque le bénéficiaire ne peut être joint directement, par exemple en cas d'hospitalisation.

De même, nous pourrions communiquer, sur appel d'un membre de sa famille, un message que le bénéficiaire aura laissé à son intention.

4.4. ENVOI DE MÉDICAMENTS

MONDIAL ASSISTANCE FRANCE prend toute mesure pour assurer la recherche et l'envoi des médicaments indispensables à la poursuite d'un traitement en cours, dans le cas où, suite à un événement imprévisible, il est impossible au bénéficiaire de se les procurer sur place ou d'obtenir leur équivalent.

Le coût de ces médicaments et de leur envoi reste à la charge du bénéficiaire.

5. ASSISTANCE JURIDIQUE A L'ÉTRANGER

5.1. PAIEMENT D'HONORAIRES

MONDIAL ASSISTANCE FRANCE prend en charge à concurrence de 800 euros T.T.C. les honoraires des représentants judiciaires auxquels le bénéficiaire pourrait faire appel, s'il est poursuivi pour infraction involontaire à la législation du pays étranger dans lequel il se trouve.

5.2. AVANCE DE LA CAUTION PÉNALE

Si, en cas d'infraction involontaire à la législation du pays dans lequel se trouve le bénéficiaire, celui-ci est astreint par les autorités au versement d'une caution pénale, MONDIAL ASSISTANCE FRANCE en fait l'avance à concurrence de 7 000 euros T.T.C. Le remboursement de cette avance doit s'effectuer dans un délai d'un mois suivant la présentation de la demande de remboursement de MONDIAL ASSISTANCE FRANCE. Si la caution pénale est remboursée avant ce délai par les autorités du pays, elle devra aussitôt être restituée à MONDIAL ASSISTANCE FRANCE.

6. CONDITIONS APPLICABLES AUX INTERVENTIONS LIEES A UN ÉVÉNEMENT D'ORDRE MEDICAL

Dans tous les cas, la décision d'assistance appartient exclusivement au médecin de MONDIAL ASSISTANCE France, après contact avec le médecin traitant sur place, et éventuellement, la famille du bénéficiaire.

7. ASSISTANCE AUX PERSONNES : EXCLUSIONS

Outre les exclusions précisées dans le texte du présent contrat, MONDIAL ASSISTANCE FRANCE ne peut intervenir que dans la limite des accords donnés par les Autorités locales. MONDIAL ASSISTANCE FRANCE ne peut en aucun cas se substituer aux organismes locaux de secours d'urgence, ni prendre en charge les frais ainsi engagés. MONDIAL ASSISTANCE FRANCE ne sera pas tenue d'intervenir dans les cas où le bénéficiaire aurait commis, de façon volontaire, des

infractions à la législation en vigueur dans les pays traversés par lui. Les événements survenus du fait de la participation du bénéficiaire en tant que concurrent à des compétitions sportives, paris, matchs, concours, rallyes ou à leurs essais préparatoires, sont exclus du présent contrat.

Sont exclues, l'organisation et la prise en charge des frais de recherche en montagne, en mer ou dans un désert.

Sont exclues, les conséquences résultant des événements suivants :

-guerre civile, guerre étrangère, sous réserve des dispositions à intervenir sur les assurances en temps de guerre ;

-participation active à des actes de terrorisme ou de sabotage ;

-modification de la structure du noyau atomique, radiations ionisantes et leurs conséquences directes ou indirectes ;

-usage de drogues, de stupéfiants ou d'anabolisants non ordonnés médicalement ;

-l'absorption d'alcool ;

-maladies ou accidents qui sont le fait volontaire de l'assuré ou du bénéficiaire ;

-suicide ou tentative de suicide, même inconscient, dans la première année d'assurance ;

-pratique de sports aériens, compétitions, démonstrations, acrobaties, voltiges, raids, vols d'essai, vols de prototypes, tentatives de records ou d'exploits ;

-compétitions sportives avec utilisation d'un véhicule à moteur (en tant que concurrent ou entraîneur) ;

-cures de rajeunissement ou d'amaigrissement, soins esthétiques ;

-participation à grève, émeute, mouvement ou soulèvement populaire, insurrection, rixe, sauf cas de légitime défense et assistance à personne en danger, participation à tout acte criminel ou illégal, participation à pari, défi, duel ;

-pratique de sports à titre professionnel, pratique de sports de combat et arts martiaux dans le cadre de compétitions ;

-service militaire et périodes militaires ;

-convalescences et affections (maladie, accident) en cours de traitement non encore consolidées ;

-maladies préexistantes diagnostiquées et/ou traitées ayant fait l'objet d'une hospitalisation dans les six mois précédant la réalisation du risque ;

-rechutes de maladies antérieurement constituées comportant un risque d'aggravation brutale connu du bénéficiaire au moment du départ ;

-voyages entrepris dans un but de diagnostic, d'hospitalisation et/ou de traitement ;

-frais consécutifs à un accident ou une maladie constatée médicalement avant la réalisation du risque ;

-états de grossesses sauf complication imprévisible et, dans tous les cas, à partir de la 36^e semaine de grossesse ;

-frais occasionnés par le traitement d'un état pathologique, physiologique ou physique constaté médicalement avant la réalisation du risque, à moins d'une complication nette et imprévisible ;

-frais de cure thermique et de séjour en maison de repos, frais de rééducation ;

-frais de prothèse interne, optique, acoustique, fonctionnelle, esthétique ou autres, les frais engagés en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer, qu'ils soient ou non

consécutifs à un accident ou une maladie survenus en France ou à l'étranger ;

-rapatriements ou transports sanitaires par avion sanitaire spécial depuis le monde entier vers la France métropolitaine ; à l'exclusion des pays suivants : France métropolitaine, Albanie, Allemagne, Autriche, Belgique, Biélorussie, Bosnie, Bulgarie, Chypre, Croatie, Danemark (sauf Groenland), Espagne continentale (y compris Baléares et Canaries),

Estonie, Finlande, Grèce, Hongrie, Irlande, Islande, Israël, Italie, Kosovo, Lettonie, Liechtenstein, Lituanie, Luxembourg, Macédoine, Malte, Maroc, Moldavie, Monténégro, Norvège, Pays-Bas, Pologne, Portugal continental (y compris Madère), République de Saint-Marin, République Tchèque, Roumanie, Royaume-Uni & îles Anglo-Normandes, Russie (partie européenne), Serbie, Slovaquie, Slovénie, Suède, Suisse, Tunisie, Turquie, Ukraine, Vatican

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Les prestations de la convention d'assistance souscrite par l'assureur 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 euros - 490 381 753 RCS Paris - Siège social : 7 rue Dora Maar 93400 SAINT-OUEN - Société de courtage d'assurances - inscription ORIAS 07 026 669).

1. ENGAGEMENTS FINANCIERS DE MONDIAL ASSISTANCE FRANCE

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 de cette procédure et a donné son accord exprès en communiquant au bénéficiaire un numéro de dossier.

Dans ce cas, les frais seront remboursés sur justificatifs et dans la limite de ceux qui auraient été engagés par MONDIAL ASSISTANCE FRANCE si elle avait elle-même organisé le service.

Seuls les frais excédant ceux que le bénéficiaire aurait dû normalement engager pour son retour au domicile en France métropolitaine, sont pris en charge par MONDIAL ASSISTANCE FRANCE.

Lorsque MONDIAL ASSISTANCE FRANCE a accepté le changement d'une destination fixée contractuellement, sa participation financière ne pourra être supérieure au montant qui aurait été engagé si la destination initiale avait été conservée.

En cas de prise en charge de séjour à l'hôtel, MONDIAL ASSISTANCE FRANCE ne participe qu'aux frais de location de chambre réellement exposés, dans la limite des plafonds indiqués ci-avant, et à l'exclusion de tout autre frais.

2. SUBROGATION

Toute personne bénéficiant de l'assistance s'oblige à subroger la Société d'assistance et la compagnie d'assurance agréée dans ses droits et actions, contre tout tiers responsable à concurrence des frais engagés par elles en exécution de la présente convention.

3. PRESCRIPTION

Toute action découlant de la garantie MONDIAL ASSISTANCE FRANCE est prescrite dans un délai de 2 ans à compter de la date de l'événement qui lui donne naissance.

DEMANDE D'ASSISTANCE

Toute demande d'assistance doit, sous peine d'irrecevabilité, faire l'objet d'un accord préalable de MONDIAL ASSISTANCE FRANCE et être formulée directement auprès des services de MONDIAL ASSISTANCE FRANCE par tous les moyens (téléphone, mail, fax ou courrier) et suivant les modalités précisées ci-après.

1 EN CAS D'URGENCE CONTACTER MONDIAL ASSISTANCE FRANCE SANS DÉLAI :

- 01 40 25 53 80* depuis la France métropolitaine,
- +33 1 40 25 53 80* depuis l'Étranger.

*numéros non surtaxés

Accès sourds et malentendants :

<https://accessibilite.votreassistance.fr>

Fournir les renseignements suivants :

- le numéro du contrat n° **920 959**.
- ses noms, prénoms, le lieu où il se trouve et, si possible, le numéro de téléphone et le moment où il pourra éventuellement être contacté,
- la nature des difficultés motivant l'appel.

Faire connaître par tout moyen, en cas de blessure : les noms, adresses et numéros de téléphone du médecin ou, le cas échéant, de la clinique ou de l'hôpital dans

lequel est soigné le blessé, afin que MONDIAL ASSISTANCE FRANCE puisse se mettre en rapport avec eux et suivant les décisions de l'autorité médicale, préparer le rapatriement et l'admission de la victime dans un établissement hospitalier ou une clinique choisie par les médecins ou par le patient (avec l'accord de ces derniers).

2. DANS LES AUTRES CAS ÉCRIRE À :

MONDIAL ASSISTANCE FRANCE – 7 rue Dora Maar
93400 SAINT-OUEN.

Sans omettre de préciser le numéro (de contrat d'assistance) qui a été délivré et de joindre toute pièce de nature à établir la matérialité tant de l'événement que de ses débours.

MONDIAL ASSISTANCE FRANCE ne peut répondre des manquements ou contretemps qui résulteraient du non-respect, par le bénéficiaire, des dispositions qui précèdent.

OBLIGATIONS DU BÉNÉFICIAIRE EN CAS D'ASSISTANCE

Par le seul fait qu'il réclame le bénéfice d'une assistance, le bénéficiaire s'engage à fournir à MONDIAL ASSISTANCE FRANCE :

- soit concurremment à sa demande écrite,
- soit dans les 5 jours suivant son appel (sauf cas fortuit ou de force majeure).

Tout acte, pièce, facture et certificat de nature à établir la matérialité de l'événement ouvrant droit au bénéfice des présentes conventions.

Faute par le bénéficiaire de respecter les dispositions qui précèdent, MONDIAL ASSISTANCE FRANCE serait en droit de lui réclamer le remboursement des frais exposés.